V. 02 - N. 01 - JANEIRO A JUNHO - 2013 - ISSN 2238-7137

UNIVERSO DA ENFERMAGEM

UNIVEN

UNIVERSO DA ENFERMAGEM

UNIVEN
Faculdade do Grupo Univix

ISSN 2238-7137

UNIVERSO DA ENFERMAGEM

Faculdade Capixaba de Nova Venécia – UNIVEN
v. 02 n.1 Jan./Jun. – 2013 - Semestral

Diretor Geral
Tadeu Antônio de Oliveira Penina

Diretora Acadêmica
Eliene Maria Gava Ferrão

Coordenadora Acadêmica
Kessya Pinitente Fabiano Costalonga

Diretor Financeiro
Fernando Bom Costalonga

Coordenadores de Curso
Coordenadora de Graduação/Ciências Contábeis / Petróleo e Gás
Alcione Cabaline Gotardo

Administração
Sabryna Zen R. Ferreira

Pedagogia / Letras
Manuela Brito Tiburtino Camata

Direito
Maxwiliam Oliveira

Enfermagem
Ivan Paulino

Bibliotecária
Alexandra Barbosa Oliveira

Presidente da Comissão Editorial
Eliene Maria Gava Ferrão

Comissão Editorial
Eliene Maria Gava Ferrão
Kessya Pinitente Fabiano Costalonga
Viviane Dias de Carvalho Pontes

Endereço para correspondência
Biblioteca Pe. Carlos Furbetta
Rua Jacobina, 165 – Bairro São Francisco
29830-000 – Nova Venécia – ES
e-mail: alexandrao@univen.edu.br

Capa
Alex Cavalini Pereira

Universo da Enfermagem / Faculdade Capixaba de Nova Venécia– v. 2. n.1, 2013 – Nova Venécia: UNIVEN, 2012.

Semestral
ISSN 2238-7137

1. Pesquisa científica: Periódicos. I. Faculdade Capixaba de Nova Venécia.

CDD. 610.73

UNIVERSO DA ENFERMAGEM

SUMÁRIO

A R T I G O S

Sentimentos da mulher mastectomizada..... 05
Eunice Bossois; Flavia de Gouvêa Olmo Gimenes; Kalini Romualdo Alves; Marília Brito Estevão; Ivan Paulino.

A promoção e a gestão em saúde direcionadas a saúde do homem..... 20
Ulysses Maria Pereira Silva.

Pneumonia no âmbito hospitalar: susceptibilidade a idosos..... 36
Elaine Cris Dalcim; Rodrigo Barbosa; Dayana Loureiro Seibert Fiorini.

A bioética na assistência de enfermagem..... 51
Thais de Souza Estevam; Sabrina Gonçalves Schetine; Dayana Loureiro Seibert Fiorini.

Dificuldades encontradas pelas instituições na implementação do parto humanizado..... 60
Claudia Gomes de Oliveira; Josias Simão; Taciane Franceschetto.

A satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Boa Esperança, ES 90
Adriano Campos França

Análise dos principais fatores associados a gravidez em adolescentes de um distrito do extremo norte capixaba..... 109
Ana Paula Rocha do Sacramento; Tagiane Pizetta.

Normas para publicação na Revista Universo da Enfermagem..... 126

ISSN 2238-7137

EDITORIAL

Em nosso segundo volume, no segundo ano de existência de nosso UNIVERSO DA ENFERMAGEM, pensamos no amadurecimento de nossas ideias, aqui transmitidas em forma de artigos originais e de iniciação científica, fruto do trabalho de nossos docentes e discentes.

Continuamos recebendo colaborações diversas, de diferentes profissionais, de diversos municípios do Estado do Espírito Santo, o que nos indica a aceitação de nosso periódico, da leitura sistematizada, da busca literária e o aprimoramento nos conhecimentos na profissão de enfermagem.

Com isso temos um desafio, sermos cada vez melhores, mais ousados, sem medo das adversidades de quem deseja transmitir ideias, na maioria das vezes inovadoras e, nem sempre bem entendidas.

Nossa proposta original está sendo fielmente cumprida, de uma revista semestral, com a divulgação de artigos, projetos, pesquisas e relatos de experiência diversos, lavra do trabalho de nosso corpo docente, discente e de colaboradores diversos.

Continuamos abertos para contribuições, críticas, que muito nos ajudarão na melhoria do trabalho acadêmico. Que tenhamos todos uma boa leitura.

Prof. MSc. Ivan Paulino

COREN – ES- 7138

Coordenador do Curso de Enfermagem UNIVEN

SENTIMENTOS DA MULHER MASTECTOMIZADA

Eunice Bossois[1]

Flávia de Gouvêa Olmo Gimenes[1]

Kalini Romualdo Alves[2]

Marília Brito Estevão[2]

Ivan Paulino[3]

RESUMO

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta freqüência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Para quem o vivencia é uma espécie de limiar entre a vida e morte. Quando falamos de câncer de mama, em particular nas situações em que terá de se recorrer a uma mastectomia, alem dos aspectos biofísicos e psicossociais associados, é inevitável não focar a feminilidade e a conotação simbólica do seio da mulher. A pesquisa teve por finalidade proporcionar uma visão acerca desta problemática, sendo focados aspectos relativos ao sentimento de mulheres mastectomizadas, buscando na literatura especializada publicações que nos direcionaram. O estudo foi realizado por revisão bibliográfica, com coleta de dados secundários. Com a pesquisa monográfica promovemos uma reflexão sobre os sentimentos vivenciados por mulheres mastectomizadas e o apoio necessário a essas clientes.

PALAVRAS-CHAVE: Mulher. Mastectomizada. Sentimentos.

ABSTRACT

The breast cancer is probably the most feared by women, because of its high frequency and, above all by its psychological effects, which affect the perception of sexuality and his own personal image, for whom the experience is a kind of threshold between life and death. When we talk about breast cancer, particularly in situations that will need to use a mastectomy, in addition to psychosocial aspects biophysical and associates, is not inevitable focus on femininity and the symbolic connotation within the woman. The research was intended to provide a vision on this issue, and raised issues related to the feeling of mastectomized women, looking in the literature that specializes in publications directed. The study was conducted by literature review, with collection of secondary data. With the search monographic promote a reflection of the feelings experienced by women mastectomized and the necessary support to these customers.

KEYWORDS: Women. Mastectomizada. Feelings.

---

[1] Enfermeiras da Prefeitura Municipal de Cachoeiro de Itapemirim, ES.

[2] Enfermeiras do Hospital Evangélico de Itapemirim, ES.

[3] Enfermeiro, Professor orientador, Mestre em Saúde da Família, Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVEN.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais atinge o sexo feminino e é a maior causa de morte por esse tipo de doença, sendo responsável por cerca de 20% dos óbitos por câncer entre as mulheres.

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), o câncer de mama continua a ser o mais incidente entre as mulheres, totalizando 53 casos a cada 100.000 pessoas, sendo que em 2003 esta estimativa era de 46 casos a cada 100.000. Em 2005 (502 mil) mulheres foram a óbito, em 2008 estima-se para o espírito santo uma taxa de 45,85 casos para cada 100,000 mulheres.

O câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa, que se apresenta de múltiplas formas clinicas e morfológicas, com diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático, atingindo frequentemente mulheres após os quarenta anos de idade, embora se tenha observado um fenômeno em nível mundial, do aumento de sua incidência em faixas etárias mais jovens.

Apesar dos avanços da medicina no tratamento do câncer e do aumento de informações veiculadas pela mídia, o câncer ainda equivale, muitas vezes, a uma ‘‘sentença de morte’’.

O diagnóstico de câncer e todo o processo da doença são vividos pelo paciente e pela sua família como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade.

Além do rótulo de uma doença dolorosa e mortal, o paciente comumente vivencia no tratamento, geralmente longo, perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro. Muitas fantasias e preocupações em relação à morte, mutilações e dor encontram-se presentes.

Segundo Deitos, citado por Pingo et al (2007) o câncer de mama é uma doença que apresenta diferentes situações de ameaça aos seus portadores, trazendo desconforto psicológico, o que gera ansiedade e um estado depressivo na mulher; mudanças no seu estilo de vida causado por desconforto físico e pelo conceito de sua auto-imagem, gerando baixa-estima e libido sexual diminuído, o medo quanto ao sucesso no tratamento, assim como a possibilidade de sua recorrência e o temor da morte.

A doença oncológica é uma realidade das praticas e atividades diárias deixando marcas profundas em mulheres, família e rede social. A realidade do câncer provoca uma mudança na imagem corporal, o medo da rejeição gera na mulher mastectomizada sentimentos de inadaptação e a necessidade de readaptação a uma nova imagem que ela própria não desejou.

O seio feminino desempenha um importante papel a nível da imagem corporal e representação simbólica relacionada com a atração e desejo sexual daí que, a sua perda, na grande maioria das vezes constitui para a mulher uma forma de mutilação.

Na pesquisa, avaliamos as condições psicológicas de mulheres mastectomizada, procurando compreender seus sentimentos, desde o diagnóstico até a retirada da massa tumoral, buscando as conseqüências sobre sua qualidade de vida, avaliando a ansiedade, a depressão pós-mastectomia e as preocupações com a feminilidade e a reação frente ao ser masculino.

O estudo se justifica pela necessidade de mostrarmos as influências da mastectomia na vida afetiva e social da mulher.

2 METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza bibliográfica, onde segundo Lima (2007, p.28) é "um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório".

De acordo com Gil (apud LIMA, 2007, p. 40) a pesquisa bibliográfica;

> possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto.

A abordagem foi através de coletas de dados secundários por meio de pesquisa no site Google Acadêmico, Scielo (Scientific Electronic Library Online), Ministério da Saúde do Brasil e na biblioteca do Centro Universitário São Camilo–ES usando as palavras chave: Mulher; Mastectomizada e Sentimentos.

Realizou–se após o levantamento bibliográfico uma leitura exploratória do material encontrado no qual teve–se uma visão global do material. Depois foi feita uma leitura seletiva, que determinou o material para a pesquisa.

3 O CÂNCER

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer) Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (**maligno**) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se metástase para outras regiões do corpo.

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas**.**

À origem do câncer a nível genético, vem do latim e significa modificação, pois quando bastante estimulada pode sofrer transformações enérgicas, que podem ser de diferentes estímulos: mecânicos, químicos ou físicos. E a estimulação prolongada em algum momento, segue seu próprio caminho, levando-a a difundir-se em seu crescimento e à auto-realização.

A OMS considera o câncer como uma doença crônica percepcionada pelo indivíduo como uma ameaça à sua própria vida pela dificuldade em prever o processo de doença, os efeitos do tratamento no indivíduo, bem como as suas repercussões nas atividades de vida e doença, agravadas pelo tempo de tratamento e objetivos que podem abarcar três dimensões: curativa; complementar ou paliativa.

4. O CÂNCER DE MAMA

Segundo a organização mundial da saúde estima-se que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 novos casos de câncer de mama em todo o mundo tornando-o ainda mais comum entre mulheres, estima-se que 48.930 casos de câncer de mama serão registrados no Brasil.

Embora o ministério da saúde tenha se esforçado em campanhas educativas na detecção precoce, através de campanhas preventivas, como o incentivo à realização do auto-exame das

mamas pelas mulheres, o uso de uma terapêutica adequada e de um tratamento multidisciplinar, define assim estratégias a serem prioridades para seu controle, o câncer de mama ainda constitui-se na primeira causa de morte por câncer, entre mulheres, registrando de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77% em 1979 para 9,74% em 2000.

De acordo com silva, loureiro e Sousa (2004) para compreendermos o que é câncer de mama, temos que saber os diferentes tipos:

- **Carcinoma in situ:** este termo serve para designar estados iniciais de câncer, ou seja, o tumor não é invasivo e é apenas confinado a parte onde começou. No câncer de mama significa que o câncer está confinado, aos ductos ou aos lóbulos, dependi onde tenha começado.
- **Carcinoma ductal in situ:**este é o tipo de câncer não invasivo mais comum e está apenas confinado aos chamados ductos(não chegam por isso ao tecido adiposo), que são um gênero de canais . este tipo de câncer é detectado através da mamografia.
- **Carcinoma lobular in situ:** estas condições começam nas glândulas mamarias, mas não se expande para fora das paredes dos lóbulos. Esta situação não é um câncer propriamente dito, mas as mulheres sob está condição podem correr o risco de mais tarde vir a padecer desta doença.
- **Carcinoma ductal invasivo:** este tipo de câncer começa nos ductos, mas acaba por ultrapassar as suas paredes invadindo o tecido adiposo do seio. Partir daqui a um grande risco de se espalhar pelo corpo. Cerca de 80% dos casos de câncer invasivo, corresponde ao carcinoma ductal invasivo.
- **Carcinoma lobular invasivo:** este tipo de câncer começa nas glândulas produtoras de leite ou então nos lóbulos. Este tipo de câncer corresponde entre 10%-15% dos casos de câncer invasivo.

O câncer ocorre quando a célula de uma determinada parte do corpo começa a crescer de uma forma descontrolada, ao contrario das células normais que cresce de uma forma ordenada e controlada. Apesar de haver vários tipos de câncer, a multiplicação descontrolada das células é uma característica comum a todos eles. Quando penetram nos vasos linfáticos, ou sanguíneos, entrando na circulação, essas células podem se alojar noutras órgãos do corpo humano, formando novos tumores, dando origem ao que se denomina por metástase (ramificações do tumor). Quando tal acontece, o tumor espalha-se no organismo, tornado o combate a está doença mais complexa e difícil. Mesmo que o câncer se espalhe a outra parte do corpo este mantem o nome a partir da parte do corpo em que surgiu, ou seja, se o câncer da mama vai afetar os ossos, continua ser denominado câncer de mama.
Deitos citado por Pinho (2007), o câncer de mama é uma doença que apresenta diferentes situações de ameaças aos seus portadores, trazendo desconforto psicológico, o que gera ansiedade e um estado depressivo na mulher: mudanças no seu estilo de vida causado por desconforto físico e pelo conceito de sua auto-imagem, gerando baixa-estima e libido sexual diminuído, o medo quanto ao sucesso do tratamento assim como a possibilidade de sua recorrência e o temor da morte.

5. O ESTIGMA DA MULHER MASTECTOMIZADA

A mulher mastectomizada sente o estigma do corpo que é verbalizado com sentimentos de mutilação deste. A perda de uma parte do corpo tão valorizada como é o seio é ocupada por uma cicatriz (estigma) que, muitas das vezes, e mantêm como um quelóide, de bordos incertos, que atravessam a parte do tórax e permanece até a morte. A perda pessoal é uma perda vivida por um indivíduo que conduz à destruição da integridade pessoal, podendo resultar de uma perda de parte do corpo que afeta profundamente o equilíbrio físico e emocional da mulher que é encarado como uma sentença de morte. O estigma da doença com a retirada de uma parte do corpo como o qual esta se identifica, compromete seriamente a sua feminilidade provocando alterações da imagem corporal. A perda de um seio envolve dois importantes conceitos: a alteração da imagem corporal e o desgosto da perda, refletindo uma perda física e sexual e a modificação dos objetivos, planos e duração de vida. A mulher tenta enfrentar o medo do cancro, esta situação é extremamente angustiante.

As mamas além de desempenharem um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino que vão desde a puberdade à idade adulta, também representam em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade. Ao considerar essas questões, o câncer de mama, ainda hoje, apesar dos progressos da medicina em relação aos métodos de diagnóstico e tratamento, é visto como uma "sentença de morte" pela maior parte das mulheres acometidas por essa doença. As representações do câncer remetem a uma doença cruel, corrosiva, contagiosa, estigmatizada e degradante, que consome o indivíduo aos poucos, sendo considerado, muitas vezes, um castigo de Deus. A mulher mastectomizada, recusa ver a sua imagem no espelho porque sofreu dano e perda, daí esconde o corpo a ela e a própria sociedade porque se vê mutilada.

O câncer, de forma geral, é uma doença vista como destruidora geralmente sentida pelas pessoas como um castigo, como uma punição, porque envolve sentimentos difíceis de ser administrado, principalmente o estigma social de morte. Dificilmente a mulher que passa pela experiência do câncer de mama retoma sua vida normalmente. As seqüelas existem porque ocorre uma mudança de identidade, já que a auto-imagem não é mais a mesma e a forma como entendem, sentem e interpretam o mundo também mudou.

A primeira grande dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres, após uma mastectomia, é sua própria aceitação, como de olhar-se no espelho e aceitar que seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente representa a feminilidade. A identificação da mutilação se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que para muitas, é um momento agressivo à sua auto-imagem. Para algumas mulheres, a mastectomia destrói a imagem corporal de maneira abrupta. Diante disso, muitas vezes, a preocupação maior é com a mutilação, já que a mama é um órgão que representa a maternidade, a estética e a sexualidade femininas, do que com a própria doença, já que a sociedade ainda parece impor que a morte é fato consumado para portadores de câncer. Para outras, a incorporação da modificação corporal se dá de forma contínua e gradativa e a imagem corporal e a auto-estima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida, o que demonstra a necessidade de um tempo para assimilar sua nova imagem corpora. Após a realização da mastectomia, a mulher comumente encontra-se em um estado de fragilidade emocional e é justamente nesse momento que ela se depara com dificuldades que precisarão ser superadas para que possa viver o mais próximo possível do que possa reconhecer como normalidade.

Os padrões que a pessoa, com atributos de um estigma, incorporou da sociedade maior, torna-a intimamente susceptível ao que os outros vêm como seu defeito, levando-a a concordar que,

na verdade, ela ficou abaixo do que realmente deveria ser. A identificação de um corpo mutilado dá-se pela percepção que ela tem de seu corpo atual, alterado e diferente, principalmente nas situações em que o observa como nos momentos em que fica defronte ao espelho e quando está despida: Me sinto estranha, sinto falta da mama quando olho no espelho...; Quando a gente tira a roupa e vê que está sem a mama, é dur*o*.O que a mulher aprendeu durante toda vida sobre a estética corporal é que o corpo feminino constitui-se por alguns caracteres secundários, e um deles é representado pelas mamas. Ao se submeter à mastectomia, acaba por perceber com estranheza o seu corpo. A imagem corporal, sendo uma das experiências básicas na vida de qualquer um, traz traços característicos de toda a vida. A pessoa, ao perder parte de seu corpo, apresenta modificação do modelo postural, com alteração de toda a mobilidade do organismo. Ao representarem o corpo como mutilado, conferido pela perda da mama, revelam que a incorporação da modificação corporal se dá por uma adaptação contínua e gradativa. A mastectomia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta. No entanto, essa imagem corporal e auto-estima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida. Portanto, a mulher mastectomizada necessita de um tempo para assimilação e incorporação dessa nova imagem corporal. O corpo, em sua inteireza, como certas regiões dele, pode ficar sujeito a críticas por se afastar do ideal esperado, o qual é um produto do valor conferido pela sociedade às diferentes medidas do físico feminino. A sensação de impotência identificada pelas mulheres foi representada pela impossibilidade de mudar a indicação da mastectomia, de decidir sobre o seu próprio destino, de afastar o medo e probabilidade de recorrência do câncer, de ser portadora de uma doença considerada incurável. Alguns depoimentos retratam a sensação de impotência: Não tem jeito de fugir da cirurgia; Eu tenho medo do câncer porque ele pode ir para outro lugar do corpo; Vocês façam o que acharem melhor, vocês é que sabem; Fico só pensando na doença.

A imagem corporal é a representação afetiva que se faz do próprio corpo (estigma) . Assim, os principais conceitos significativos a reter neste estudo referente à mulher mastectomizada tem fundamentalmente a haver com o auto-conceito; autoconfiança e auto-estima. Todos eles influenciam o modo como à mulher percepciona a sua situação entendendo por percepção uma construção pessoa isto é, vejo o mundo como eu sou e não como ele é. A imagem corporal constitui deste modo um fator imprescindível ao desenvolvimento da auto-imagem. Quando existe alteração da função, aparência ou estrutura corporal as pessoas associam a idéia de imagem corporal perturbada e daí a rejeição daquele corpo.

Segundo Cunha (2004) Sampaio, (2006). A mastectomia ocasiona transformações dolorosas na vida das mulheres, como alterações da auto-imagem, da auto-estima e comprometimento da sexualidade, visto que a mama é um órgão repleto de simbolismo para a mulher – feminilidade, sexualidade e maternidade. A amputação de tal membro pode deixar a mulher envergonhada, mutilada e sexualmente repulsiva, carregando fortes repercussões emocionais.

O auto-conceito encontra-se afetado em decorrência das alterações na imagem corporal e das modificações devastadoras na aparência física e função. (Black & Esther, 1996, em Cunha, 2004; Cunha, 2004; Sampaio, 2006).

A eclosão do câncer de mama na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade. A mulher se depara com a iminência da perda de um órgão altamente investido de representações, assim como o temor de ter uma doença sem cura, repleta de sofrimentos e estigmas.

6. SENTIMENTOS DA MULHER MASTECTOMIZADA

Segundo Amirim Cidália, freqüentemente, associa-se a esta doença, à dor e morte e com tal é encarada pelo grande número de mulheres por um acontecimento de vida que se localiza num determinado espaço-temporal gerador de angústia e sofrimento. Daí que, diferentes áreas do saber e do conhecimento científico, como sejam a medicina, psicologia social, enfermagem entre outras, lhe dedicam grande atenção e a elegem como sendo um foco de preocupação e de interesse investigativo e de intervenção. As fases do processo de doença vão desde o Choque e Negação, ocorrendo aqui dificuldade em aceitar o acontecimento ou mesmo a situação, à Sensação de Perda ou Luto, Revolta e Ira, Negociação, Depressão e Aceitação. O mesmo autor descreve as fases do luto como sejam: a Negação na qual a pessoa tem dificuldade em aceitar o fato, precedido por sentimento de Revolta e Ira; a Barganha como aceitação tácita e tentativa de negociação do tempo que resta para viver; a Depressão quando todas as tentativas de luta se mostram infrutíferas e por fim a aceitação que não é mais do que assumir a realidade tal qual se depara. Estas fases não se apresentam como categorias rígidas, podendo cada doente vivenciar uma ou mais fases simultaneamente.

Estes sentimentos condicionam o empobrecimento da sua autonomia, manifestada através da insatisfação na qualidade das relações interpessoais e sociais e um declínio na atividade sexual, em última instância, a deterioração da vida conjugal.

As modificações da imagem corporal não planeadas condicionam sentimentos e emoções, manifestadas através de ansiedade, depressão, medo, tristeza, culpa, lamento e vergonha e, que segundo o Projeto Câncer Care – Priorities for Nurses, envolvem receios relacionados com a aceitação sexual, isolamento social, desfiguramento, recorrência e morte.

Durante toda a vivência do câncer, os sentimentos mudam muito. Há um aprendizado muito grande no sentido de buscar uma organização de sua vida, para saber o que vai ser feito para não perder o controle da situação.

A associação do câncer com sentimentos negativos como depressão, raiva, tristeza, dor, desespero é comum, bem como a sensação de que as pessoas não entendem o sofrimento pelo qual se está passando, o que aumenta a vivência de solidão. O câncer de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento. Uma mulher com câncer busca, durante as diferentes etapas da sua doença, atribuir algum tipo de significado àquilo que está acontecendo com ela. Isso porque os sentimentos que são trazidos juntamente com o diagnóstico são de natureza negativa, como a culpa.

As mulheres que passam por uma mastectomia têm uma experiência diferente daquelas que não se submetem a este processo. O sentimento mais comum após a cirurgia é a ambivalência, pois a mulher deposita na cirurgia a possibilidade da cura e espera que, após a realização da mesma, não precise mais se preocupar. Ao mesmo tempo, existe o medo de enfrentar um corpo que já não é mais o mesmo, a sensação de que a doença vai voltar e as necessidades de se preparar para as novas etapas. A realidade da mutilação traz para a mulher uma quantidade grande de sentimentos, com os quais ela se sente perturbada e muitos sentimentos psicológicos de ordem negativa podem surgir nesta etapa.

Alguns estudos demonstram que, de forma geral, as mulheres que já tinham algum tipo de desordem emocional antes da descoberta da doença estão mais propensas a desenvolvê-las depois do diagnóstico do que aquelas que nunca tiveram nenhuma ocorrência.

O câncer de mama é visto pela mulher como uma doença ameaçadora, devastadora, horrível, apavorante, perigosa, triste, preocupante e incontrolável. Ao ser diagnosticado, causa um

inquestionável impacto tanto físico quanto emocional para a mulher. Isso, talvez, porque é cultural que a mulher precisa ter mamas saudáveis e que qualquer anormalidade poderá ser um fator de discriminação e de sua desvalorização.

Dentre os tratamentos mais comuns para o câncer de mama, está a mastectomia, a qual desperta uma diversificada gama de sentimentos. Assim, ao enfrentá-la, a mulher percebe e tem sua integridade ameaçada e vivencia períodos de tensão e de incertezas, que se manifestam desde a identificação de um nódulo ao diagnóstico do câncer de mama e indicação de cirurgia para a realização de uma possível mastectomia. Os sentimentos que mais comumente são despertados em uma mulher ao ser mastectomizada são o medo, a rejeição, a culpa e a perda. O medo parece resultar de várias preocupações, mas o mais marcante parece ser o medo da morte. Outro medo que a mulher expressa, ao ser mastectomizada, é o da rejeição social. Esse medo parece fazer com que a própria mulher rejeite seu corpo, logo após a mastectomia.

A perda da mama pode levar ao sentimento de mutilação ou até mesmo de castração, significando a perda da feminilidade; é como se as mulheres estivessem perdendo um ente querido. Assim, percebemos que é inquestionável a diversidade de sentimentos em uma mulher que descobre o câncer de mama e que enfrentará uma mastectomia. Sentimentos como o medo, a insegurança, a culpa, dentre outros, muito possivelmente irão surgir e, cabe a nós, profissionais da saúde, estarmos preparados e sensíveis para reconhecê-los, de modo a ajudá-la a enfrentar sua realidade da maneira mais corajosa possível.

Segundo Cunha, 2004; Cunha, 2004; Sampaio, 2006, a mastectomia podem ocasionar na mulher sentimentos de vergonha, de inadequação e culpa. Dessa forma, outra área bastante afetada por todas essas modificações é a sexualidade, longe de ser exclusivamente relacionada ao ato sexual. A sexualidade engloba uma série de outros fatores como desejo, auto-imagem, sensualidade, sensação de bem-estar consigo mesma, aceitação do próprio corpo e identidade como mulher.

A perda da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal. A retirada desse órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, trazendo prejuízo em sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa. Além da cirurgia, o tratamento quimioterápico produz efeitos colaterais que são indicadores visíveis da doença, como alopecia ou perda do cabelo e ganho de peso. A mulher pode, então, se sentir estranha manifestar sentimentos de vergonha, embaraço ter dificuldade de se relacionar com o marido, se sentindo sexualmente repulsiva, passando a evitar contatos sexuais.

Um medo muito freqüente entre as mulheres mastectomizadas é o de não ser mais atraente sexualmente. Esses conflitos são resolvidos quando a mulher é capaz de reconhecer-se e aceitar-se em sua nova imagem. Para isso, é fundamental viver um processo de luto para elaborar essa perda. (Arán et al., 1996).

Jerônimo e Henrique (2002) A maioria das mulheres considera que o cancro da mama é a pior coisa que poderia ter acontecido pelo que vivem sentimentos de tristezas, desespero, raiva, inúmeros medos, dos quais se destacam o medo de morrer e medo de perder, medo de perder a força o medo da impossibilidade de ter relações sexuais o medo de não desempenhar seu papel laboral e sentimentos culpabilização, relacionados com a não detecção do nódulo precocemente.

Segundo Penna T.O sentimento de impotência é muito presente entre os pacientes, já que nada pode ser feito para evitar um câncer, havendo também desconhecimento sobre como será o desenvolvimento da doença. Por isso, essa sensação de ter algum controle sobre os sintomas decorrentes da doença ou tratamentos é muito positiva para o paciente, pois se vê capaz de fazer algo em seu próprio benefício.

Os sentimentos relativos ao câncer e à vivência do seu tratamento são muito intensos. Para Gomes e colaboradores (2002) isto é plenamente justificável. A mama, por ser um símbolo de identidade sexual feminina e de feminilidade quando adoece, fragiliza a mulher por comprometer a construção fundamental da existência feminina.

Segundo Garcia I. Ferrari C, H. O descobrimento de uma doença como o câncer de mama significou angústia, aflição, desespero e dor. O choro surgiu como uma exteriorização desses sentimentos. Outro fator identificado por nós, concernente ao diagnóstico, foi o de pânico, que pode ser definido como terror infundado; alvoroço. Concomitante aos sentimentos outrora manifestados, a tristeza e o medo da morte também se fizeram presentes. Muitas pessoas ainda reagem à notícia como se estivessem recebendo uma sentença de morte, embora isso tenha deixado de ser verdade há muito tempo. A reação de qualquer mulher ante a evidência da doença suspeita ou real inclui o medo do desfiguramento, da perda da atratividade sexual e da morte, propiciando o retardamento da avaliação de qualquer possível problema.

Em todas as fases percorridas pela mulher no processo de adoecer, o medo está presente. O medo do diagnóstico de câncer torna-se ameaçador, originando, assim, reações emocionais que provocarão mudanças no âmbito biológico, mental e social.

As mulheres que conseguem lidar com situações mais dolorosas mantêm um grau de felicidade ainda mais elevado. A nosso ver, essa felicidade é bastante complexa, passível de mudança e, principalmente, depende de como se está no momento. A felicidade depende de diversas variáveis, como a família unida, a prestação de ajuda ao próximo e a intimidade com Deus. Ainda há aquelas mulheres que não conseguem exteriorizar o conceito de ser feliz, ou ainda relacionam-se com a vontade de morrer. As pessoas diferem quanto à forma de reagir à doença e a ela se adaptar.Embora enfrentem desespero e medo diante do diagnóstico e tratamento, elas conseguem se sentir felizes à medida que se adaptam às mudanças decorrentes da doença.

O câncer de mama é uma experiência amedrontadora para a mulher e, para maiorias delas, o diagnostico da doença evoca sentimentos de pesar raiva e intenso medo. Alem disso, a doença em sua trajetória, pode levar a mulher a passar por situações que ameaça a sua integridade psicossocial que provoca incertezas quanto ao sucesso do trabalho e que a leva a defrontar com a possibilidade de recorrência da doença e a morte.

A maioria das mulheres enfrenta a crise e a contorna sem desenvolver desordens psiquiátricas e sexuais severas.

A negação e a depressão são as defesas psicológicas geralmente mais utilizadas no caso de acometimento no câncer de mama. Torna-se, pois, importante a informação adequada sobre a doença e suas conseqüências, pois dá à mulher a possibilidade de enfrentamento e de se adaptar à sua nova condição.

O impacto psicossocial do câncer de mama pode ser delineado em três áreas: desconforto psicológico, que causa ansiedade, depressão e raiva; mudanças no estilo de vida, conseqüente

ao desconforto físico, disfunção sexual, e alteração do nível de atividade; medo e preocupações com a possibilidade ou a ocorrência da mastectomia, o reaparecimento da doença e a morte.

A mastectomia traz para a mulher a realidade da mutilação e com ela um turbilhão de sentimentos. A retirada da mama causa perturbações variadas no cotidiano de muitas mulheres que com ela passam a apresentar nervosismo, agressividade e insegurança. Esses sentimentos parecem permeados de significados como o desespero, medo, aceitação, segurança, impacto, readaptação, intercorrências e ainda a necessidade de autocuidado.

A reconstrução da mama. Reconstruir a mama pode representar a preservação da auto-imagem da mulher, melhor qualidade de vida, e portanto, um processo de reabilitação menos traumático. Inúmeros recursos de cirurgia plástica estão à disposição para amenizar os sentimentos pela alteração física provocada pela mastectomia. (Messa, s.d.; Prado, 2002).

Segundo Melo (2002) é incerta a porcentagem de mulheres mastectomizadas que têm a intenção de procurar a reconstrução, mas este método na pós-mastectomia continua a ser uma importante opção estética e de reabilitação. A maioria das mulheres que procuraram a reconstrução sentiram-se felizes com os resultados estéticos, superando suas expectativas. (op cit.). Já pesquisas com mulheres submetidas à reconstrução imediata têm demonstrado que além da satisfação estética devido aos resultados cirúrgicos, o índice de morbidade psicológica é significativamente inferior em relação à mastectomia somente As pacientes então submetidas à reconstrução imediata demonstraram-se menos deprimidas e sofreram menor impacto quanto a sua feminilidade, auto-estima e atratividade sexual, em relação às outras não su bmetidas a reconstrução.

A quimioterapia proporciona angústia e desejo de negação da vida. Esses mesmos autores identificaram que a quimioterapia, apesar de tudo, significava esperança de cura, fazendo-os valorizar a fé em Deus e a confiança na equipe multiprofissional, no entanto, significava, também, alteração na auto-imagem e afastamento das atividades sociais.

6.1 O IMPACTO DA MASTECTOMIA PERANTE O PARCEIRO

Segundo Arán et al., (1996). O relacionamento com esposo , quando existente, é considerado por muitos autores como fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, já que por conseqüência da mutilação proveniente da mastectomia, a mulher tem sua auto-imagem alterada, interferindo na sua autoconfiança e auto-estima. Dessa forma, nesse momento em que ela se sente diminuída na sua feminilidade, atratividade e sexualidade, a presença do companheiro se torna imprescindível para esta reestruturação.

Segundo Cunha (2004) considera que a falta de apoio do marido nesses momentos de doença é considerada como forte agressão à mulher, afetando sua auto-estima, num momento em que necessita de ser aceita, de compreensão e de carinho.

Segundo Lim citado por Duarte & Andrade, (2002) observou em um estudo realizado em Cingapura com 20 mulheres mastectomizadas que, dentre a totalidade das participantes, nove apresentaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição na freqüência de relações sexuais. Houve também mudanças no comportamento sexual, em que as mulheres evitavam se despir diante dos parceiros e serem tocadas pelos mesmos. A utilização de camisas durante as relações sexuais também foram relatadas pelas pacientes. Algumas

mulheres relataram ainda, que ao retomar a sua vida sexual, sentiram muita diferença e tinham medo do marido não aceitá-las mais.

Segundo Duarte e Andrade (2002) verificaram que a reciprocidade da relação sexual depende da mulher, ou seja, se ela torna-se mais receptiva, o companheiro tende a aproximar-se mais dela e o relacionamento tornam-se melhor. Segundo Rossi e Santos (citados por Sampaio, 2006) o relacionamento sexual depende muito de como era antes da doença. Aquelas mulheres com bom relacionamento com o parceiro tendem a continuar da mesma forma, mas aquelas que o relacionamento não era bom relatam piora. Assim, relacionamentos considerados frágeis antes da doença dificilmente sobrevivem após um evento traumático.

Em relação à fase de reabilitação, a presença do parceiro sexual é altamente significativa, no que se refere à criação de um ambiente saudável para que a mulher possa se sentir novamente integrado no contexto familiar. As mudanças que podem ocorrer na rotina precisam ser incorporadas por todos os membros da família, desde o momento do diagnóstico. É também muito importante que o parceiro esteja apto a oferecer afeto, assim a paciente se sentirá acolhida e compreendida pelo mesmo.

Segundo Padua (2006) a qualidade do relacionamento existente entre o casal será responsável não só pelo alcance e a manutenção da estabilidade emocional da mulher, mas também pelo retorno do interesse sexual numa fase mais tranqüila da doença. Assim, após a cirurgia e com a estabilidade da doença, o casal volta a interessar-se pela vida sexual e começa a se preocupar com o relacionamento sexual de ambos. Buscam maior intimidade, troca de carícias, prazer e novas formas de adaptação às condições atuais da mulher a fim de tornar o relacionamento sexual mais agradável, confortável e prazeroso

Segundo Rodrigo DP silva RM Mamedes (2002). A sexualidade feminina é um fenômeno abrangente, envolvendo o sexo, o prazer, o desejo, a auto-imagem, a aceitação do corpo, a sensação de bem estar consigo mesma e com a segurança.

Segundo Biffi RG, Mamede MV **(**2008). Em relação à fase de reabilitação, a presença do parceiro sexual é altamente significativa, no que se refere à criação de um ambiente saudável para que a mulher possa se sentir novamente integrado no contexto familiar.

Segundo Chapadeiro CA, Sales C, Paiva L, Scandiuzzi D, Anjos ACY (2001) As mudanças que podem ocorrer na rotina precisam ser incorporadas por todos os membros da família, desde o momento do diagnóstico. É também muito importante que o parceiro esteja apto ao e recebe afeto, assim a paciente se sentirá acolhida e compreendida pelo mesmo.

Segundo Almeida (2007), afirma que mutilação da mama, um órgão característico feminilidade, resulta na alteração da imagem negativa corporal, representando uma limitação estética e funcional que pode prejudicar a satisfação sexual. Porem, a qualidade dos relacionamentos efetivos das mulheres mastectomizadas com seus parceiros, antes do diagnostico da doença, são fator que influencia a qualidade de vida do casal após o diagnostico de mutilação.

A sexualidade como um dos aspectos do *físico* é marcado pela tensão dialética entre interditos e desejos, exaltação e proibição, valorização e desvalorização, prazer e culpa. Tal exaltação, na sexualidade feminina, enfatiza o mérito do físico perfeito. Muitos casais interrompem ou mudam suas atividades sexuais quando um dos cônjuges é afetado pelo câncer. Em geral, o motivo não é a doença, mas o estresse, a ansiedade ou a depressão. Este pode ser um

problema delicado, pois um dos parceiros talvez se sinta insatisfeito e frustrado sexualmente. Depoimentos enfatizam a vergonha sentida diante do parceiro, o que causa problemas em seu relacionamento sexual; para ela, a ausência da mama faz diferença no ato sexual e revela sua preocupação quanto a isso.

Alguns elementos dificultam o relacionamento sexual, em virtude de vergonha do corpo diante do parceiro sexual: medo de ser rejeitada, frigidez e até mesmo a iniciativa sexual. A relação sexual satisfatória foi muito significativa para algumas mulheres, que atribuíam importância ao significado de proteção, cuidado e segurança demonstrado pelo marido no ato sexual, proporcionando uma crescente relação interpessoal e um compartilhar afetivo das emoções e desejos.

Foi verificado também que as mulheres apresentam o interesse sexual diminuído, por causa dos efeitos secundários do tratamento, como menopausa precoce, diminuição da libido e alteração na produção de hormônios sexuais, o que torna o ato sexual doloroso, além de diminuir a excitação e inibir o orgasmo (Almeida, Mamede, Panobianco, Prado & Clapis, 2001; Fentiman, 1993).

Outros estudos demonstraram redução da qualidade de vida nos domínios emocional, social e sexual não somente no período de um a dois anos após o tratamento inicial, mas também após cinco anos. Sugerem, por isso, que o cuidado psicooncológico oferecido às pacientes deve ser mantido mesmo após o término do tratamento clínico (Holzner, Kemmler, Kopp & Moschen, 2001).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Por meio da pesquisa bibliográfica, foi percebido que a mulher ao descobrir o câncer de mama e ao enfrentar uma mastectomia apresenta vários sentimentos e emoções, tais como: medo, a rejeição, a culpa e a perda, os quais muitas vezes podem não ser percebidos e valorizados pela equipe de enfermagem que trabalha com essas mulheres ou por seus familiares, dificultando a realização do tratamento e o enfrentamento das vivências presentes.

Foram evidenciadas muitas dificuldades vivenciadas por mulheres mastectomizadas, tais como o comprometimento da sua auto-imagem; os efeitos colaterais da quimioterapia adjuvante, destacando a alopecia; o preconceito; a dor e as dificuldades físicas, mostrando que o trabalho da enfermagem é de suma importância para que essas vivências sejam amenizadas e enfrentadas da maneira menos traumática possível.

O despertar de sentimentos, desesperança, revolta, desamparo e a sensação da proximidade da morte podem gerar acomodação e indiferença, e algumas mulheres podem não desejar mais viver e desistir de lutar contra o câncer. Tal situação precisa levar os profissionais da saúde a buscar estratégias que melhore as vivencias de cuidados oferecidos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida a essas mulheres.

Cabe ressaltar a importância do acompanhamento e inclusão dos familiares no tratamento, cuidado e enfrentamento da vivencia do câncer de mama, não singularizando a mulher.

Entretanto, pouco tem sido produzido a respeito das estratégias de cuidado adotadas pela enfermagem para o trabalho com a mulher mastectomizada, destacando-se as atividades grupais como a principal estratégia identificada, incluindo a presença do parceiro e demais membros da família.

Diante do vivido pela mulher mastectomizada, a qual pode enfrentar alem do mal estar físico, o drama psicológico e emocional de padecer dessa doença, a enfermagem, principalmente a enfermeira tem uma importante missão, pois enfrenta o desafio no cuidado prestado de buscar minimizar o sofrimento da mulher.

Assim, o cuidado a mulher mastectomizada é um desfio para equipe de enfermagem, uma vez que sua sensibilidade, as ameaças à sua auto-estima, à sua sensualidade e à sua vida necessitam ser consideradas e valorizadas pelos profissionais durante todo trabalho.

Sendo assim, a enfermagem necessita traçar um plano de cuidados à mulher, que ofereça suporte informativo com relação ao câncer, aos tratamentos recomendados e cuidados com a mama afetada. Ajudar na construção de alternativas viáveis para minimizar alterações na imagem corporal proporcionando maior tranqüilidade e conforto. Incentivar na execução de atividades ocupacionais reduzindo a tensão emocional encorajando sua participação em grupos de auto-ajuda é uma conduta na qual irá favorecer a qualidade de vida dessas mulheres.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. Impacto da mastectomia na vida da mulher **Rev. SBPH** v.9, n.2, 2006.

ALMEIDA,A. **Vivendo com a incerteza da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama**. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1997.

ALMEIDA,A.;MAMEDE,M.;PANOBIANCO,M.;PRADO,M.;CLAPIS,M.Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres. ***Rev. Latino-Am. Enfermagem*****,** v.9, n.5, p.63-69. 2001.

AMORIM, C. Doença Oncológica da Mama:Vivências de Mulheres Mastectomizada. **Revista de Ciências da Saúde de Macau,** V.6, n.2, 2006.

ANDRYKOWSKI, M., Cordova, M., McGrath, P., Sloan, D., & Kennady, D. (2000). **Stability and change in posttraumatic stress disorder following breast cancer treatmen**t: A 1 year follow-up. *Psycho-oncology*, *9*(1), 69-78.

ARÁN, M. ZAHAR, S. DELGADO, P. SOUZA, C. CABRAL, C. VIEGAS, M. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. ***Jornal Brasileiro de Psiquiatria*****.** 1996.

BERVIAN, P. GIRARDON-PERLINI, N. A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. ***Revista Brasileira de Cancerologia*****.** 2006.

BIFFI, R. MAMEDE, M. Suporte social na reabilitação da mulher

mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem.** v. 38, n. 3, p. 262-269, 2004.

CAMARGO, T. SOUZA, I. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** V.11**,** n.5, 2003 .

Câncer de mama. Instituto Nacional do Câncer - INCA. 2003. [disponível em:< HTTP:inca.gov.cm.br>. acesso em 10/06/2008.

CANTINELLI, F. A oncopsiquiatria no câncer de mama - considerações a respeito de questões do feminino **Rev. psiquiatr**. **clín**. V.33, n.3, 2006.

CHAPADEIRO, C., SALES, C. PAIVA, L. SCANDIUZZI, D. ANJOS, A.Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev Bras Cancerologia.** 2001

CUNHA, C. Apoio familiar: presença incondicional à mulher mastectomizada. **Monografia Especialização Residência em Saúde da Família,** Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará. 2004. Disponível em: http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia. Acesso em :26/08/2008.

DAL-FARRA, R. . PRATES, E. J. A psicologia face aos novos progressos da genética humana**.** ***Psicol. cienc. Prof,*** v.24, n.1, p.94-107, 2004.

DUARTE, T. ANDRADE, Â. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade**. Estud. psicol**. **(Natal).** V.8, n.1, 2003.

FERREIRA, M. MAMEDE, M. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V.11, n3, 2003.

GARCIA,I **Aspectos psicossociais do paciente com câncer**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica; 1998. p. 89-103.

GOMES, Mendonça EA; Pontes, ML**. As representações sociais e a experiência da doença** Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2002a;18 (5): p. 1207-14.

GONÇALVES, Joana Raquel Barbosa. **A sexualidade nas mulheres mastectomizadas.** 103f. Monografia (Licenciatura em Enfermagem)- Faculdade Ciências da Saúde, Fernando pessoa, 2008.

JEROMINO,T. HENRIQUE, R. Cuidados de enfermagem a doente com cancro da mama, **revista Enfermagem Oncológica** n.21,2002.

MELO, E. SILVA, R. FERNANDES, A. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy**.** ***Revista Brasileira de Cancerologia*****.** 2005.

PÁDUA, E. ***Câncer de mama não impede a prática sexual*****.** Disponível em: http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo. Acesso em : 30/08/2008.2006.

PENNA T. **Psicoterapia no hospital geral. Saúde mental no hospital geral**. Cad IPUB 1997;6:195-204.

PEREIRA, S. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. bras. enferm.** v. 59, n. 6, 2006.

RODRIGUES, D. SILVA, R. MAMEDE, M. Analisando o processo adaptativo no auto conceito da mulher mastectomizada. **Nursing**. N.51, 2002.

ROSSI, L. SANTOS, M. Repercussões psicológicas do adoeciemto e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer. **Psicol.cienc.prof.** v.23, n.4, 2003.

Roy SC, Andrews HA. **The Roy adaptation model**. 2nd ed. Stanford Connectut:

ROWLAND, J. MASSIE, M. Psychologic Reactions to Breast Cancer Diagnosis, Treatment and Survival. **Diseases of the Breast. Philadelphia (PEN): Lippincott-Raven Publishers**; p. 919-38. 1996.

SALES, C. PAIVA, L. SCANDIUZZI, D. ANJOS A. Qualidade de vida

de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev Bras Cancerol.** 2001.

SAMPAIO, A. *Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia*. **Tese de Mestrado, Universidade Católica de campinas.** 2006, Disponivel em: dominiopublico.mec.gov/download/texto/cp000360.pdf. Acesso em18/08/2008.

SANTOS, Gilmar Cruz dos e GONCALVES, Leila Luíza Conceição. **Mulheres mastectomizadas com recidiva de câncer: o significado do novo ciclo de quimioterapia**. *Rev. enferm. UERJ*, jun. 2006, vol.14, no.2, p.239-244. ISSN 0104-355

SCARAMBONI, F. CAMACHO, R. SMALETZ, O. GONSALES, B. BRAGUITTONI, E. RENNÓ, J. A oncopsiquiatria no câncer de mama - considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. psiquiatr. clín.** V.33, n.3, 2006.

SILVA RM, Mamede MV. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza (CE): UFC, Departamento de Enfermagem; 1998.

SOUZA, A, M, F,.**sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária** . 2007.xiv., 105 f.,Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2008.

VIEIRA, C. LOPES, M. SHIMO, A. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. esc. enferm.** V.41, n.2, 2007.

A PROMOÇÃO E A GESTÃO EM SAÚDE DIRECIONADAS A SAÚDE DO HOMEM

Ulysses Maria Pereira Silva[1]

RESUMO

A população masculina tornou-se uma grande preocupação dos serviços públicos de saúde, devido ao alto número de enfermidades graves e crônicas que afetam esse gênero, onde a falta de gestão e promoção à saúde adequada aumentam ainda mais esses agravos. O trabalho demonstra às práticas de promoção e gestão em saúde direcionada a saúde do homem. A metodologia foi fundamentada em revisões bibliográficas, análises em sites confiáveis, leis e artigos científicos. Com a coleta das informações conclui-se que, apesar da criação da Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde, há a necessidade da intensificação e estruturação das políticas de saúde voltadas a saúde do homem a nível de Estados e Municípios e a inserção dessa política na Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde masculina. Políticas de saúde. Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem.

ABSTRACT

The male population has become a major concern for public health services, due to the high number of serious and chronic illnesses that affect this genre, where the lack of management and health promotion appropriate further increase these diseases. The work demonstrates the practical promotion and health management directed human health. The methodology was based on literature reviews, analyzes on trusted sites, laws and scientific articles. With the collection of information it is concluded that, despite the creation of the National Policy for Men's Health by the Ministry of Health, there is a need for strengthening and structuring of health policies for human health at the level of states and municipalities and inclusion of this policy in the Family Health Strategy.

KEYWORDS: Men's health. Health policy. National Policy for Men's Health.

---

[1] Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Ecoporanga, ES. Enfermeiro Coordenador de Laboratórios da UNIVEN.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão dedicada à assistência integral ao cliente, isto é, busca constantemente o bem estar físico, mental e social. E dentro das áreas de atuação está a saúde do homem, onde o profissional deverá exercer no seu dia-dia uma assistência com qualidade, eficácia e resolutividade.

O homem desperta atualmente os estudos de vários pesquisadores no cenário da saúde, pois, cientificamente já se comprova que o indivíduo do sexo masculino possui maior vulnerabilidade ás doenças, as enfermidades graves e crônicas, e que falecem mais precocemente que as mulheres.

Esse problema de saúde pública é contribuído por vários fatores, dentre eles, e o principal, é a visão do homem na sociedade, ou seja, o homem pensa sempre em trabalhar, cuidar, dar conforto e o essencial para a sua família e não atenta em prevenir doenças e agravos.

Nos dias atuais tem se observado que o homem procura somente os serviços de saúde de atenção especializada, deixando de lado os serviços de promoção e de atenção primária a saúde e somente buscam os métodos de saúde quando sentem-se mal, sendo muitas vezes o período crítico e sem reversão.

A intenção principal desse estudo é revisar a literatura a sobre o tema e propor medidas inovadoras e eficazes, em relação à promoção e gestão em saúde voltada a saúde do homem, discorrendo sobre possíveis dúvidas, tanto dos profissionais da saúde, como da população, fornecendo conhecimentos imprescindíveis para uma assistência com qualidade e eficaz, e proporcionando um embasamento científico sobre o assunto abordado.

A metodologia aplicada para captação das informações foi obtida a partir de revisão bibliográfica sobre promoção e gestão em saúde, direcionada a saúde do homem, fundamentando-se em literatura especializada, verificação de informações importantes disponibilizadas em artigos científicos, em revistas, em leis, em Manuais do Ministério da Saúde, buscando-se a sustentação e a credibilidade necessárias para o desenvolvimento do trabalho.

O estudo apresenta os conceitos de promoção e gestão em saúde, a política nacional de atenção à saúde do homem, os problemas e patologias mais comuns nos homens, o papel do enfermeiro na atenção ao homem e a promoção e gestão em saúde direcionada a saúde do homem.

2 PROMOÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Campos et al (2009, pag. 640), o termo Promoção em Saúde originou-se no princípio do século XX, por um dos maiores e mais brilhantes sanitaristas, o Sr. Henry Sigerist, responsável por outros grandes termos utilizados na medicina atualmente, como Promoção em Saúde, Prevenção das Doenças, Tratamento dos Doentes e Reabilitação.

Citado ainda por Campos et al (2009, pag. 640), no decorrer do século XX surgiu dois novos sanitaristas da ocasião, Leavell & Clark, que se destacaram por meio da criação de um modelo explicativo chamado de " história natural do processo saúde e doença", considerando a "tríade ecológica" na explicação da causalidade do processo de adoecimento. A partir desse evento,

foram estabelecidas medidas de intervenção nos diversos estágios da doença, originando também os três níveis de Prevenção (Primária, Secundária, Terciária), onde a Promoção a Saúde está localizada na Prevenção Primária.

Com passar dos anos a Promoção em Saúde tornou-se um marco na saúde internacional, pois, nos últimos 25 anos se efetuaram diversas Conferências Internacionais de Promoção a Saúde, totalizando cinco, sendo todas amparadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, a Promoção em Saúde passou a ter destaque a partir da década de 90, participando diretamente no modelo sanitário brasileiro, bem como também, na Vigilância à Saúde e no Programa Saúde da Família (CARVALHO, 2010).

A Primeira Conferência Internacional de Promoção a Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, segundo Buss (2010, pag. 01) definiu Promoção em Saúde como "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo". E dentro da Conferência de Ottawa, fundou-se a *Carta de Ottawa,* documento indispensável para as políticas de promoção em saúde, e dentro da carta, estava descrito o conceito de saúde, que serve até os dias de atuais, que se define como "o mais completo bem-estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais".

A partir desse conceito acima e de informações sobre promoção em saúde, pode-se entender que a promoção se refere às ações sobre condicionantes e determinantes da saúde. E os fatores condicionantes e determinantes da saúde, são caracterizados por ações de consciência sanitária, direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida, aspectos comportamentais, entre outros (BUSS, 2010).

Citado por UIPES/ORLA (2003, pág. 01), a carta de Ottawa também cita os campos de ação da promoção em saúde, que são a implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde.

Segundo UIPES/ORLA (2003, pág. 01), essas ações são baseadas em estratégias como intersetorialidade, mobilização social e de parceiras na aquisição de ações, sustentabilidade e defesa pública de saúde, sendo o principal objetivo a qualidade de vida e os princípios norteadores a equidade, paz e justiça social.

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2007, pág. 14), ao nortear o significado de Promoção em Saúde há o conflito em relação a outro tema, que é a Prevenção em Saúde, ou seja, vários indivíduos confundem esses termos, no entanto, são bastante diferentes. A Prevenção se caracteriza como medidas direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população, orientando as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-las. No entanto, a Promoção em Saúde especifica-se nas políticas saudáveis, desenvolvimento de habilidades sociais e reorientação da população sobre os sistemas de saúde.

Em meados do ano 2000, o Ministério da Saúde fundou a Agenda de Compromisso pela Saúde que componha três linhas o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. E dentro do Pacto em Defesa da Vida, a promoção em saúde dirigia-se com uma das macro-prioridades. Através disso, obteve a criação, em 2006, da Política Nacional de Promoção a Saúde, que possui como objetivo

principal atuar na gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção de saúde nos serviços e na gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No âmbito do SUS, a Promoção em Saúde se direciona para exteriores que determinam o processo saúde-adoecimento, isto é, enfoca a violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água e potencializam maneiras mais extensas de intervir em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Diante de tantas dissertações observamos a importância da promoção em saúde e o seu funcionamento, isto é, por meio dessa medida pretende-se criar espaços saudáveis, pois, atualmente com as poluições de rios, mares, encostas, florestas, terra, ar, além de condições de trabalho não adequadas mínimas de insalubridade, violências (trânsito, em casa, em festas, etc), persiste o desrespeito as diferenças e há pouca integração entre a escola e a comunidade. No entanto, a promoção vem para derrubar essas fronteiras e tocar nas diferentes dimensões humanas, como considerar a amorosidade e a habilidade criadora e a busca da felicidade como fator relevante, tornando-se a promoção em saúde aderida ao sentido de viver e aos saberes acumulado tanto pela ciência como pelas tradições culturais locais e universais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.GESTÃO EM SAÚDE

Citados por Campos e Campos (2009, pág. 01), a habilidade de gestão se define como a capacidade de dirigir, gerir, ter o poder de decisão e governar pessoas, organizações e instituições. No cenário da saúde, a Saúde Pública é mais atual do que a Gestão em Saúde, isto é, a gestão anos atrás já se dirigia a uma área que buscava compatibilizar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários, considerados eficazes na ação as epidemias, com intuito de articular a gestão às práticas sanitárias corretas para debelar os problemas coletivos de saúde.

Campos e Campos (2009, pág. 01) citam, além disso, que no século XX, o mundo passou por uma mudança no cenário de Gestão em Saúde, onde países como Grã-Bretanha, Suécia, União Soviética, e mais tardar países da América e Oceania construíram os seus Sistemas de Saúde Nacional e Pública para gerenciar com efetividade os seus serviços de saúde.

O Brasil, por sua vez, criou o seu Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988, onde reconheceu o direito de acesso universal à saúde. E em 1990, a Lei Orgânica de Saúde (nº 8080) veio para estabelecer as condições de promoção, proteção, recuperação da saúde e a organização do SUS. E no mesmo ano, particularmente em dezembro, a Lei nº 8142, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos (CRUZ, 2013).

Com a origem do SUS, a gestão dos serviços de saúde se dividiu em três esferas, sendo o Ministério da Saúde, Secretária Estadual de Saúde e Secretária Municipal de Saúde, constituindo a responsabilidade de gestão do Ministro da Saúde, Secretário Estadual de Saúde e Secretário Municipal de Saúde. Lembrando que, no município onde não houver prestação de determinado serviços pelo SUS será contemplada com serviços particulares ou de entidades filantrópicas, financiadas pelo Sistema Único de Saúde, em caráter complementar (PIERANTONI e VIANNA, 2003).

De acordo Pierantoni e Viana (2003, pág. 22 e 23), as três esferas de gestão atuaram em dois campos, um seria o campo político e o outro o campo técnico. No âmbito político desenvolverá um modo de pensar onde a saúde é direito e interesse público, com interação entre os atores do jogo democrático (Ministros, Secretários, Ministério Público, Poder Legislativo, Poder Judiciário, servidores públicos dos setores de saúde, prestadores de serviço, profissionais, usuários do SUS, representantes de entidades, gestores do SUS em outras esferas e representantes da sociedade em geral). Importante ressaltar que a comissão decisória do SUS é composta por gestores estaduais (CONASS), municipais (CONASEMS), as Comissões de Gestores Tripartites (CIT) e Bipartite (CIB) e os Conselhos de Saúde, desempenhando papel fundamental no âmbito político.

Ainda de acordo Pierantoni e Viana (2003, pág. 23), no campo técnico, o gestor estabelece um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão imprescindíveis para a introdução de políticas no espaço da saúde, executadas de maneira coesiva com princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Para Souza (2002, pág. 38), as legislações existentes á partir de 1990 definem as funções do gestor em cada esfera (federal, estadual, municipal). No entanto, os gestores dos serviços de saúde em todos os níveis têm macro-funções, como formulação de políticas/planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle, avaliação e prestação direta de serviços de saúde. Porém, dentro dessas macro-funções existem sub-funções, por exemplo, no âmbito de formulação de políticas/planejamento se agrupam medidas como diagnóstico de necessidades de saúde, definição de prioridades e programação de ações, entre outras.

A Gestão em Saúde no Brasil se divide em dois tipos gestões, uma a de estratégia e a outra a participava, definidas por estarem presentes no cotidiano do Sistema Único de Saúde, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. Com isso, houve a criação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2009, pág. 15), gestão participativa está relacionada com o dia-dia da gestão do SUS, juntamente com a formulação e deliberação do conjunto de atores no controle social, com aquisição de medidas práticas e meios que concretizam a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

O Ministério da Saúde (2009, pág. 15) menciona também que a gestão estratégica define outras ações, como a ampliação de espaços públicos e coletivos do diálogo e pactuação das desigualdades, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de todos os indivíduos e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Todos os serviços de gestão em saúde necessitam de monitoramento e avaliação, para avaliarmos a efetividade e alcance dos serviços de saúde. O monitoramento e avaliação deverão ser um processo sistemático e contínuo do acompanhamento dos indicadores de saúde, execução das políticas de saúde e ações e serviços nesta área, com objetivo de fornecer informações para as tomadas de decisões, bem como a identificação, solução e diminuição de problemas e a correção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Enfim, com um gestão correta dos serviços de saúde pode-se obter benefício para os usuários, pelo fato, de que com o desenvolvimento dos processos gerenciais, redução dos desperdícios, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, acredita-se na hipótese de redirecionar os recursos de maneira a estender a oferta de serviços, bem com sua qualidade (PIERANTONI e VIANNA, 2003).

4.POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM

Segundo Vieira et al (2011, pág. 02), os estudos sobre a Saúde do Homem iniciaram nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 70, porém os conhecimentos se se direcionavam apenas no sentido exploratório. Somente a partir da década de 1990, ocorre a mudança nesse cenário, onde há uma reflexão a cerca da singularidade do ser saudável e do ser adoentado entre os gêneros masculinos focalizando e interligando os conceitos de saúde e sociologia.

Com os avanços nas pesquisas relacionadas à Saúde do Homem, constatou-se que os homens são mais susceptíveis as doenças, em especial, as patologias crônicas e graves. Esse fator aumenta devido a menor procura dos homens aos serviços de atenção primária e também por atrasarem na busca pelo sistema de saúde, agravando ainda mais a enfermidade (BRASIL, 2010).

E Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005, pág. 35) exemplificam os indicadores de problemas e patologias ocasionadas nos homens no parágrafo abaixo:

A maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência desse diferencial, sendo maior a morbi-mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas; também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2005, pág. 35).

Para Secretária de Estado da Saúde da Bahia (2010, pág. 01), no Brasil, esse cenário se concretizou com estudos epidemiológicos que comprovaram que a cada cinco pessoas que morrem com idade de 20 a 30 anos, quatro são homens, correspondendo a mais de 60% das mortes no país. E em todas as faixas etárias se consolidou que em cada três pessoas que morrem, duas são homens. Enfim, as mulheres possuem uma taxa de sobrevida de 07 anos maior que as pessoas do sexo masculino e adoecem menos com patologias como câncer, diabetes, hipertensão, doenças pulmonares, entre outras. A Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (2010, pág. 01) cita ainda, que m virtude da caracterização desse perfil epidemiológico ser desfavorável ao andamento dos serviços de Promoção e Gestão em Saúde, houve a necessidade da invenção de uma Política Nacional de Saúde do Homem. Com isso, em 27 de agosto de 2009, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), como mostra a figura 1, que demonstra o cartaz da política. Esse modelo de atenção é o primeiro da América Latina e o segundo do continente americano a introduzir um programa de atenção voltada a saúde do homem, sendo o Canadá o primeiro país a implementar esse programa na América.

Figura 1 - Cartaz da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Fonte: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2012-11-22/4830/saude-do-homem-ministerio-da-saude-suspende-portaria-n-2-566.html> Acesso em: 25 de fev. 2013.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem atuará juntamente com a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa mais Saúde, sendo oferecidos a todos os municípios, 26 Estados e no Distrito Federal do país. E as cidades que aderirem a esse programa receberão 75 mil reais para financiar as atividades, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS) (BRASIL, 2010).

A meta de governo federal é a cobertura da população do sexo masculino entre 20 a 59 anos de idade, que corresponde 41,3% da população masculina ou 20% da população total, representando 2,5 bilhões de brasileiros, com intuito de incentiva-los a procura por serviços de saúde ao menos uma vez ao ano (BRASIL, 2012).

A PNAISH acontecerá de maneira hierarquizada e integral as demais políticas viventes, fundamentada na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem. O resultado principal dessa política é a obtenção da participação dos homens no alcance dos objetivos dos serviços de saúde, tornando-se parte da solução e não parte do problema (VIEIRA et al, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008, pág. 07), a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem demonstra os principais fatores de morbi-mortalidade na saúde do homem, estabelece os principais determinantes sociais, os agravos de saúde e respeita as diferenças nas necessidades de saúde da população masculina, sem discriminação em relação à masculinidade do cliente.

Citado também pelo Ministério da Saúde (2008, pág. 37), a PNAISH estabelece diretrizes, sendo as seguintes:

- Compreender a Saúde do Homem como um contínuo de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executados nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica como foco na Estratégia de Saúde da Família, princípio do sistema integral, hierarquizado e regionalizado;

- Avigorar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social de acordo com as competências de cada um, cobrindo condições para a execução da presente política;
- Orientar o exercício a saúde pela humanização e a qualidade da assistência a serem prestados, princípios que devem dirigir a todas as ações;
- Agregar a execução da PNAISH às demais políticas, programas, estratégicas e ações do Ministério da Saúde;
- Gerar a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como agente de novas formas de pensar e agir;
- Reorganizar as ações de saúde, por meio de uma sugestão inclusiva, na qual os homens analisem os serviços de saúde também como espaços masculinos, e por sua vez, os serviços de saúde distingam os homens como pessoas que necessitam de cuidados;
- Associar as entidades da sociedade organizada na co-responsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é um obrigação do Estado mas uma direito da cidadania;
- Abranger na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS assuntos ligada a Atenção Integral AA Saúde do Homem;
- Aperfeiçoar os sistemas de informações de forma a permitir um melhor monitoramento que admita tomadas coerentes de decisão;
- Alcançar estudos e pesquisas que cooperem para a melhoria das ações da PNAISH.

A materialização da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem possui função fundamental para mudança de paradigmas da saúde. E as ações devem nortear os princípios de integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade (VIEIRA et al, 2010).

5. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO A SAÚDE DO HOMEM

Segundo Nettina (2011, pág. 02), a enfermagem é uma arte e uma ciência, com objetivo de promover a saúde, englobando ações que atendem diretamente às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem ao paciente, familiares e entes queridos.

E na atenção primária e promoção a saúde, a assistência de enfermagem se baseia em padrões organizados pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde, sendo a identificação de grupos de risco na comunidade para atenção prioritária, a prestação de serviços primários de enfermagem especialmente as populações desprovidas de serviços de saúde, o planejamento da assistência ao indivíduo, à família e á comunidade, para assegurar a satisfação das necessidades identificadas com base no plano geral de saúde.

Um instrumento é fundamental para a sistematização da assistência na promoção em saúde, a Consulta de Enfermagem, principalmente na atenção a saúde do homem, e ela se divide nas etapas de história da enfermagem (anamnese e exame físico), diagnóstico de enfermagem

(análise e interpretação dos dados gerados), prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem, planos de cuidados e avaliação (COSTA e FRACOLLI, 2007).

De acordo com Ximenes Neto et al (2013, pág. 8), os indivíduos do sexo masculino procuram infelizmente os serviços de saúde somente no atendimento clínico, não aproveitando muito bem os métodos de promoção em saúde. No entanto o enfermeiro exerce função imprescindível na atenção a saúde do homem, principalmente no atendimento clínico, através das seguintes atividades:

- Prevenção e a educação quanto aos riscos do tabagismo, alcoolismo e violências;
- Atendimento no lar e consultas individuais;
- Acompanhamento de pacientes portados de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose e Hanseníase;
- Sessões educativas com assuntos sobre a saúde do homem e doenças, juntamente nessas sessões, realizar a aferição de PA e glicemia capilar como método para evitar complicações de doenças cardiovasculares, orientação sobre uma alimentação saudável, solicitação de exames de PSA para homens com mais de 50 anos de idade com dificuldade para urinar;
- Realizar atividades em datas comemorativas, Dia do Combate a AIDS, etc;
- Efetuar consulta de enfermagem em escolas, empresas, e outras áreas;
- Acompanhamento de portadores de doenças crônicas.

Enfim, cabe ao enfermeiro o desempenho de distinguir e executar as ações e diretrizes de promoção à saúde do homem preconizada pela Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem, colaborando para promover o seu bem estar físico, mental e social (XIMENES NETO et al, 2013).

6. AS AÇÕES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA SAÚDE DO HOMEM

Criado a partir das reformas sanitaristas ocorridas em décadas anteriores, o Programa Saúde da Família obteve a sua origem em março de 1994, com objetivo de promover uma modificação no modelo assistencial, afastar-se com o comportamento apático das unidades básicas de saúde e expandir as suas ações frente à comunidade (PAULINO, BEDIN e PAULINO, 2009).

A equipe é composta, basicamente, por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar e enfermagem e de seis agentes comunitários de saúde, com a cobertura em torno 4.500 pessoas ou aproximadamente 1.000 famílias (PAULINO, BEDIN e PAULINO, 2009).

De acordo com Fontinele Júnior (2008, pág. 17), o enfermeiro desempenha função importantíssima dentro da Estratégia Saúde da Família ou Programa Saúde da Família, que consiste na realização da assistência integral ao cliente as famílias, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários, e também concretização da consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos, juntamente com outras normas estabelecidas pelos gestores de cada esfera.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) estabelece algumas prioridades, entre elas, ações de saúde da criança, ações de saúde da mulher, controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, controle da Tuberculose, eliminação de Hanseníase e Ações de Saúde Bucal (PAULINO, BEDIN e PAULINO, 2009).

Como se pode ver a Saúde do Homem não é destaque nas ações de prioridade da ESF, no entanto, por essa visão, em 2008 é lançada a portaria nº 154, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo é ampliar as ações da atenção primária, entre elas, as áreas estratégicas como a Saúde do Homem (PAGANI, 2010).

Citado novamente por Pagani (2010, pág. 33), as medidas relacionadas à Saúde do Homem na ESF e NASF designam algumas ações e desafios, dentre elas, o desenvolvimento de ações no território onde está a população masculina, agirem considerando a diversidade, potencialidade e fragilidade do território, trabalhar junto às equipes de Saúde da Família os aspectos culturais que envolvem o cuidado do homem e promover a educação permanente sobre a assistência integral a saúde do homem.

Afinal, a expansão das prioridades e ações da ESF visa ampliar, aprofundar e intensificar a assistência integral a Saúde do Homem em todos os aspectos da atenção primária, seja no aspecto de promoção, prevenção como tratamento e reabilitação dos indivíduos do sexo masculino. E com isso, a Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem se alinha a Política Nacional de Atenção Básica (PAGANI, 2010).

7. A PROMOÇÃO E GESTÃO A SAÚDE DIRECIONADA A SAÚDE DO HOMEM

Para Figueiredo (2009, pág. 2004), o homem realmente possui uma grande dificuldade na procura dos serviços de saúde, pelo fato, de que nos anteriores foi criada uma ideia que os serviços promoção e prevenção nas unidades de saúde eram unicamente dedicados para crianças, idosos e mulheres, mas na verdade, o que se visualizava eram políticas ineficazes de gestão e promoção à saúde voltada a saúde do homem.

Porém, esse cenário vem se modificando, pois, com a origem da Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem, em 2009, o Brasil se tornou referência nos países das Américas. Com isso, a saúde dos indivíduos do sexo masculino entrou na agenda de preferências do Ministério da Saúde, tornando-se um dos três países no mundo que estabeleceram políticas de gestão e promoção à saúde direcionada a saúde do homem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2010).

As políticas de promoção e gestão vinculada à saúde do homem mostram resultados bastante positivos, por exemplo, os números de testes que detectam anormalidades na próstata triplicarão, as cirurgias de vasectomia realizadas pelo Sistema Único de Saúde cresceram 79% e o número de PSA efetuadas pelo sistema público subiram de um milhão para três milhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2010).

Duarte (2007, pág. 01), cita que uma metodologia inovadora introduzida recentemente chamada de "pré-natal masculino", que já está presente em todos os estados do país, no entanto, somente em 80 municípios, está modificando também os pensamentos da população masculina. Nomeado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeira Preto (SP), o projeto consiste na busca pelo parceiro da mulher que está realizando o pré-natal, com o objetivo que o parceiro participe junto com a esposa ou conjugue no decorrer do pré-natal.

Juntamente com a mulher o indivíduo é convidado para a realização de alguns exames (sorologia para Hepatite B e C, sífilis, glicemia capilar, aferição de PA, níveis de colesterol e triglicerídeos, entre outros), que se englobam aos pacotes que a gestante tem que realizar no primeiro trimestre da gravidez, sendo que alem desses exames, posteriormente, é solicitado exames de próstata e cirurgias como vasectomia e fimose. E com essa metodologia obteve-se 80% dos pais aderindo esse projeto, ou seja, isso significa uma expansão nos serviços de promoção e gestão em saúde (BRASIL, 2010).

Atualmente, a Política Nacional de Atenção a Saúde do homem que é um método de gestão e promoção à saúde do homem, atende todos os 26 estados e o Distrito Federal, englobando ao todo 80 municípios. A cada cidade é repassado R$ 75 mil para ações dessa política, apesar disso, o Ministério da Saúde disponibiliza para os estados e municípios desse programa R$ 613 bilhões para ações de promoção a saúde, como medidas de educação, de comunicação, campanhas e distribuição de cartilhas, sendo que 26 bilhões de cartazes e panfletos são difundidos por todas as secretarias de estados e de municípios do país, ilustrando os medidas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento de câncer e promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outras ações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2010).

8. CONCLUSÃO

É evidente e atual que os homens adoecem e morrem mais cedo do que as mulheres em nosso país, não somente no Brasil, mas em todo o mundo vive-se hoje essa realidade. Esse fator se comprova devido às estatísticas que apontam que o homem usa menos os serviços de promoção e prevenção à saúde, porém, utilizam com mais frequência os serviços especializados como cirurgias, Unidades de Terapia Intensiva, internações, transplantes, entre outros.

As estatísticas e comprovações a cerca da má utilização dos homens nos serviços de saúde é evidente e um grande agravo na saúde pública do país e no mundo, e necessita urgentemente que esses dados diminuam ou chegam à estaca zero.

Esse cenário foi criado devido a vários fatores, entre eles, se destacam a prioridades da atenção básica as mulheres, idosos e crianças, a inadequação das políticas de promoção a saúde, a visão social e "machista" que se criou, onde o homem pensa que seu dever é cuidar da família e esquece de se auto-cuidar.

A Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem veio para solucionar esses problemas, no entanto, precisa de maior estruturação e tempo para a sua consolidação e funcionamento. Isto é, necessita de uma ação conjunta com as demais políticas de saúde no Brasil e com isso ampliar e fortalecer o seu campo de atuação, com objetivo de superar todos os desafios e perspectivas da Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem.

Diante desse episódio, o profissional de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família deve estar sempre atento aos principais agravos relacionados à saúde do homem, atuando tanto na promoção como gestão da saúde, prestando assistência integral sempre que necessário e atender as diretrizes da Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem.

Porém, se houvesse essa intensificação da promoção juntamente com a implementação de programas específicos na Atenção Primária da Saúde e a abertura de mais portas para um maior comparecimento dos homens nas Unidades Básicas de Saúde, certamente teríamos resultados mais favoráveis, alcançando uma grande redução morbi-mortalidade masculina.

A bibliografia apresentada foi suficiente e obedeceram as perspectivas, no entanto, uma pesquisa de campo comprovariam melhor os dados bibliográficos apresentados.

Conclui-se então, que por se tratar de um tema inovador, no qual poucos estudiosos têm se dedicado ao estudo das realidades da situação da saúde do homem, outros estudos carecem ser realizados, pois, esta pesquisa tem como peculiaridade, não somente explanar dúvidas e proporcionar soluções, mas também em disponibilizar incentivos sobre o estudo do tema, conduzindo novas alternativas e maiores soluções.

9. REFERÊNCIAS

ABC. **Ejaculação precoce: o que é, e quais são as causas e como tratar?.** 2010. Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/saude-do-homem/235505/ejaculacao+precoce+o+que+e+quais+sao+as+causas+e+como+tratar.htm>. Acesso em: 28 de fev. 2013.

_____ . **Varicocele: Conheça esta condição.** 2010. Disponível: < http://www.abc.med.br/p/saude-do-homem/54955/varicocele+conheca+esta+condicao.htm>. Acesso em 28 de fev. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar:** Manual Técnico. 2 ed. Rio de Janeiro: 2007. 168 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf >. Acesso em: 20 de fev. 2013.

APPROBATO, Mário. Ginecomastia. In: PORTO, Celmo Celeno; coeditor Arnaldo Lemos. **Vandemecum de clínica médica.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 454-454 p.

ARAÚJO, Giuliana Bastos. **A questão do gênero masculino.** 2013. Disponível em: < http://www.uff.br/psienf/worksaudedohomem2.pdf>. Acesso em: 04 de fev. 2013.

BRASIL. **Saúde do Homem:** Política Nacional de Saúde do Homem. Brasília. 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem>. Acesso em: 25 de fev. 2013.

_____. **Saúde do Homem: Câncer de Próstata.** 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/cancer-de-prostata>. Acesso em: 27 de fev. 2013.

_____. **Saúde do Homem: doenças cardiovasculares.** 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 03 de mar. 2013.

_____. **Saúde do Homem: Pré-natal Masculino.** 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/pre-natal-masculino>. Acesso em 06: de mar. 2013.

BUSS, Paulo. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais.** 2010. Disponível em: < http://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais>. Acesso em: 19 de fev. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 871 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Gestão em Saúde:** um campo aplicado à saúde. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 21 de fev. 2013.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde:** sujeito e mudanças. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 183 p.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. **Problemas cardiovasculares e urológicos são os que mais atingem o sexo masculino.** 2007. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/novo/noticias/problemas-cardiovasculares-urologicos.php>. Acesso em: 03 de mar. 2013.

CHAGAS, Antonio Carlos Palandri et al. **Saúde cardiovascular do homem brasileiro: visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200004>. Acesso em: 03 de mar. 2013.

COSTA, Cristina Rodrigues da Costa; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O processo de enfermagem em atenção primária a saúde. In: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende C. **A enfermagem na gestão em atenção primária a saúde.** São Paulo: Editora Manole Ltda, 2007. 147-165 p.

DAHER, Jorge Cecílio; RASSI, Nelson. Andropausa. In: PORTO, Celmo Celeno; coeditor Arnaldo Lemos. **Vandemecum de clínica médica.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 58-58 p.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004.** 2004. Brasília. 7 pág. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf pdf>. Acesso em: 04 de mar. 2013.

DUARTE, Geraldo. **Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400001&lang=pt>. Acesso em 06: de mar. 2013.

EPSTEIN, Jonathan I. O Trato Urinário Inferior e o Sistema Genital Masculino. In: KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson. **Patologia – Bases Patológicas das Doenças.** Trad. Maria da Conceição Zacharias et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1067-1104p.

FIGUEIREDO, Wagner. **Assistência a Saúde dos Homens: uma desafio para os serviços de atenção primária.** 2004. 105-109 pág. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>. Acesso em 05 de mar. 2013.

FONSECA, Gilvan Neiva; FONSECA, Fernando Mello Fróes da. Balanospostite. In: PORTO, Celmo Celeno; coeditor Arnaldo Lemos. **Vandemecum de clínica médica.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 107-107 p.

FONSECA, Gilvan Neiva; FONSECA, Fernando Mello Fróes da. Balanospostite. Orquiepididimite. In: PORTO, Celmo Celeno; coeditor Arnaldo Lemos. **Vandemecum de clínica médica.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 374-374 p.

_____. Câncer de Próstata. . In: PORTO, Celmo Celeno; coeditor Arnaldo Lemos.**Vandemecum de clínica médica.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 147-147 p.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. **As 10 principais doenças do homem no Brasil.** Disponível em: < http://leonardof.med.br/2010/09/01/as-10-principais-doencas-do-homem-no-brasil/>. Aceso em: 26 de fev. 2013.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado.** 2 ed. Goiânia: Editora AB, 2008. 216 p.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Infertilidade: Varicocele.** 2013. Disponível em: <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-urologia/doencas-urologicas/infertilidade/Paginas/varicocele.aspx>. Acesso em: 28 de fev. 2013.

INSTITUO NACIONAL DE CÂNCER. **Próstata.** 2012. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>. Acesso em: 27 de fev. 2013.

JORGE, Maria Helena P. de Mello. **Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil.** 1980. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101980000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 de mar. 2013.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson. **Patologia – Bases Patológicas das Doenças.** Trad. Maria da Conceição Zacharias et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 3-48p.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Perfil Epidemiológico da morbi-mortalidade masculina.** 12 f. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2013.

LESTER, Susan C. A mama. In: KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson. **Patologia – Bases Patológicas das Doenças.** Trad. Maria da Conceição Zacharias et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1169-1205p.

MENDES JÚNIOR, Amaury. **Ejaculação Precoce.** 2013. Disponível em: <http://www.amaurysexologo.med.br/artigos/ejaculacao-precoce/>. Acesso em: 28 de fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde:** princípios e diretrizes. Brasília. 2008. 46 f. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fimose.** 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33348&janela=1>. Acesso em: 28 de fev. 2013.

_____. **Política Nacional de Promoção a Saúde:** Anexo I. Brasília. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>. Acesso em 20 de fev. 2013.

_____. **Política Nacional de Promoção a Saúde:** documento para discussão. Brasília. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 20 de fev. 2013.

_____. **Séries Pactos pela Saúde:** Política Nacional de Promoção em Saúde. 07 vol. Brasília. 2006. 60 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>. Acesso em: 20 de fev. 2013.

_____. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília. 2001. 28 pág. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. Acesso em: 04 de mar. 2013.

_____. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/impacto_violencia.pdf>. Brasília. 342 pág. Acesso em: 04 de mar. 2013.

MOURÃO JÚNIOR, Carlos Alberto. **Ginecomastia.** 2013. Disponível em: <http://www.oocities.org/drmourao/gineco.htm>. Acesso em: 28 de fev. 2013.

NETTINA, Sandra M. Processo e prática de enfermagem. In: NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. 2-46 p.

OBSERVATÓRIO DO RECIFE. **Oito em cada dez homens que morrem por doenças respiratórias crônicas são fumantes.** 2013. Disponível em: <http://www.observatoriodorecife.org.br/?p=3142>. Acesso em: 04 de mar. 2013.

PAGANI, Rosani. **Atenção primária a saúde: atenção integral a saúde do homem.** 2010. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=62131>. Acesso em: 06 de mar. 2013.

PAULINO, Ivan; BEDIN, Lívia Perasol; PAULINO, Lívia Valle. **Estratégia Saúde da Família.** São Paulo: Ícone, 2009. 448 p.

PORTAL DA SAÚDE. **O que são doenças respiratórias? Sintomas e diagnósticos das doenças que afetam o trato e órgãos do sistema respiratório**. 2010. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+respiratorias/doencasrespiratorias.htm>. Acesso em: 04 de mar. 2013.

ROCHA, Débora. **Fimose atinge grande parte dos meninos: saiba como tratar o problema.** 2012. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/fimose-atinge-grande-parte-dos-meninos-saiba-como-tratar-o-problema/>. Acesso em: 28 de fev; 2013.

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Fimose não deve preocupar pais nos primeiros dias de vida dos filhos.** 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2010/fevereiro/fimose-nao-deve-preocupar-pais-nos-primeiros-meses-de-vida-dos-filhos>. Acesso em: 28 de fev. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDROCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **O que é Andropausa?.** 2010. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/o-que-e-andropausa/>. Acesso em: 27 de fev. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Política brasileira direcionada à saúde do homem torna-se modelo e referência para 11 países das Américas.** 2010. Disponível em: <http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia&noticiaId=20704>. Acesso em 06: de mar. 2013.

SROUGI, Miguel. **Ao crescimento benigno da próstata, um copo de vinho.** 1999. Disponível em: <http://www.uronline.unifesp.br/uronline/ed0999/prostata.htm>. Aceso em: 27 de fev. 2013.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS:** A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre esferas de governo**.** 2002. 102 f. Dissertação de Mestrado Profissional em Administração em Saúde – Instituto de Medicina Social. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf>. Acesso em: 21 de fev. 2013.

UIPES/ORLA. **Conceitos Chaves:** Promoção em Saúde. 2003. 06 f. Disponível em: <http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividade-conceito.pdf>. Acesso em 19 de fev. 2013.

VIEIRA, Luana de Castro e Silva et al. **A política nacional de saúde do homem:** uma reflexão sobre a questão do gênero. Jul./Nov. 2011. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/186/122%20CONCLUSÃO%20E%20INTRODUÇÃO>. Acesso em: 25 de fev. 2013.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. **Trabalho do enfermeiro na atenção a saúde do homem no território da estratégia de saúde da família.** 2013. 16 f. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/313/pdf_1>. Acesso em 06 de mar. 2013.

PNEUMONIA NO ÂMBITO HOSPITALAR: SUSCEPTIBILIDADE A IDOSOS[1]

Elaine Cris Dalcin[2]

Rodrigo Barbosa[2]

Dayana Loureiro Seibert Fiorini[3]

RESUMO

O país está em constante desenvolvimento, cada dia que passa a população brasileira vem aumentando. Essa elevação do número de habitantes traz preocupações para o governo, pois atualmente, o serviço de saúde pública oferecido pelo SUS, que é de direito a todos os cidadãos, já esta sofrendo dificuldades, as filas já estão enormes, a superlotação é notável em qualquer instituição pública do País e, com o crescimento da população, o serviço de saúde também deve ser ampliado. O tema do trabalho, põe em evidência, a dificuldade de evitarmos os casos de infecção hospitalar, pois devido ao grande número de internados, o ambiente se torna impróprio para a saúde, principalmente quando nos referimos a idosos. Mas será que essas infecções estão relacionadas apenas à super lotação, ou podemos afirmar que a um conjunto de fatores que influenciam no contexto geral das doenças. Devemos levar em conta que não é apenas culpa da falta de novas unidades de saúde, os serviços prestados pelos profissionais podem ser realizados de forma incorreta, submetendo o idoso ao contato com agentes infecciosos, pré-dispondo o cliente a várias manifestações clínicas agudas, tornando a manutenção normal, básica à vida, quase que ineficaz, onde é de obrigação da Unidade de Saúde, entrar com serviços e técnicas invasivas, tentando proporcionar ao idoso o bem estar o mais rápido possível. Mas, tem-se observado que o número de óbitos relacionados à infecção do trato respiratório, tem se mostrado presente.

PALAVRAS CHAVES: Pneumonia Hospitalar. Idosos. Saúde pública.

ABSTRACT

The country is in constant development, each passing day the number of members is increasing in Brazil. This increase in the number housing raises concerns for the government, because currently, the public health service offered by SUS, which is the right to all citizens, already suffering difficulties, already huge queues, overcrowding is remarkable in any institution public of the country, and with the growth of population health services should also be expanded. The theme offered in this work is bringing the difficulty of making impossible a nosocomial infection due to the large number of hospital environment becomes unsafe for health, especially when referring to the elderly. But will these infections are related only to the overcrowding, or we can say that a set of factors that influence the overall context of disease. We must take into account that it is not just the fault of the lack of new health facilities, the service provided by professional

---

[1] Artigo de Iniciação Científica de Acadêmicos de Enfermagem.

[2] Acadêmicos do 5º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – UNIVEN.

[3] Professora Especialista do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – UNIVEN. Professora Especialista da UFES.

can be performed incorrectly, subjecting the elderly, come into contact with infectious agents, pre-disposing the client to various clinical manifestations acute, making normal maintenance, basic to life, almost ineffective, where bond Unit health services and enter invasive techniques, trying to give the elderly the welfare ASAP. But, it has been observed that the number of deaths related to respiratory tract infection, has proven this.

Keywords: Pneumonia Hospital. Seniors. Public health.

1 INTRODUÇÃO

Estruturado no tema proposto: Pneumonia no âmbito Hospitalar: Susceptibilidade a idosos surgem várias indagações, sendo elas: Quais as (razões/ motivos) que tornam os idosos cada vez susceptíveis a pneumonia nos ambientes hospitalares?

Alguns idosos estão tendo sua morte antecipada quando procuram atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), o motivo sempre é o mesmo, que por algum contato com microorganismos adquirem a pneumonia hospitalar (PH), sendo a mesma de diagnóstico fácil, mas de tratamento complicado. Sabemos que a saúde pública atualmente não é evidenciada somente com atendimento de qualidade, o direito a saúde para todos, controle quanto ao número de pacientes, a realidade é outra, a superlotação é um dos problemas mais evidenciados na saúde pública, dificultando o controle e a organização da unidade de saúde. Muitas das vezes, não é devido ao atendimento, mas sim a sobrecarga que o hospital tem que sofrer, por não poder negar atendimento.

Atualmente, observa-se que está aumentando cada vez mais, internações de idosos em hospitais públicos, com um diagnóstico evidenciado, e com a convivência dentro de unidades de saúde voltadas para a recuperação e tratamento de doenças diversas, onde estes pacientes adquirem novas infecções, muitas delas causadas por microorganismos resistentes, principalmente bactérias, causando infecção na árvore brônquica, onde o indivíduo consequentemente terá muita dificuldade para realizar a oxigenação, sendo que os alvéolos, responsáveis pela troca de gases estão infeccionados, impróprios para a respiração adequada. Tudo isso ocorre por quê? Hospitais são fontes de patógenos de alto risco, ali exposto antes de qualquer coisa, um corpo frágil, debilitado, na sua fisiologia, na sua imunidade, pela idade que se encontra o indivíduo, seu organismo também está "envelhecido", talvez por alguma outra doença seu estado imune pode estar baixo, onde diante de qualquer antígeno, o idoso vai estar suscetível.

Será que os idosos estão recebendo os cuidados necessários para uma "cura" ou estão adquirindo novas patologias no âmbito hospitalar?

O número de idosos está aumentando cada dia mais, as pessoas estão vivendo mais, pela probabilidade, aumentando o número de pessoas consequentemente o número no atendimento público de saúde também aumentarão. Pesquisas dizem que no fim dos próximos 13 anos, o nosso Brasil será a sexta maior nação, relacionada ao número de idosos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), onde o governo deve esta preparado e preparar a sociedade para essa realidade (BARRETO, M. N. C. B.; CASTILHO, N. Mª. de; KURAMOTO, J. B.; LEUZZI, S.; LEUZZI, M. T.; MANGANARO, M. M.; MURTA, G. F.; SANTOS, A. B. dos.; PONTES, S. Mª. F. T., 2010).

Sabe-se que a populacão deve aumentar nos próximos anos, e atualmente o atendimento público de saúde está tendo dificuldades, para atender a "demanda" de clientes, sabendo que esse número já é grande. E essa dificuldade reflete na qualidade dos serviços, por falta de tempo, os profissionais de saúde não conseguem fazer os procedimentos necessários para se ter uma boa recuperação e acomodação do cliente. E devido a essa falha, que é derivado de: falta de profissionais, falta de infra estrutura e a maioria dos casos por falta de verba, para suprir os mantenedores do hospital, o acúmulo de clientes, gera certo tumulto no âmbito hospitalar, onde seres que estão debilitados e estão ali á procura da "cura", acabam adquirindo outras doenças, claro que se a ambiência hospitalar está toda desorganizada pelo acúmulo, ali se encontram uma grande fonte de microorganismos patogênicos.

Será que uma unidade de saúde tem capacidade e amparo para oferecer ao cliente conforto e peservá-los das novas infecções?

A saúde pública é "bombardeada" por vários criticistas, que especulam o ato médico, a qualidade do serviço de saúde prestado pelo profissional. É rotineiro ouvir alguns clientes reclamando do serviço dos hospitais, principalmente quando se referem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, atualmente até aqueles que dizem ter condições para contratar um plano de saúde, quando precisam do mesmo, tendem a enfrentar a parte burocrática, e muitas das vezes, tendo um atraso grande no atendimento.

Não precisamos ter ensino superior, para saber que serviço de saúde pública ou privada esta deixando á desejar, mas perante o código da lei "todos os brasileiros, desde o nascimento, têm direito aos serviços de saúde gratuitos. Mas é sabido que, ainda faltam recursos e ações para que o sistema público atenda com qualidade e eficiência toda a população que dele necessita" (BEDIN, L. P; PAULINO, I.; PAULINO, L, V., 2009, p.33).

O texto citado acima pelos autores, refere-se à realidade de muitas unidades de saúde pública, que atualmente estão com falta de recursos, de equipamentos, para refletir um atendimento de boa qualidade, daí devido a lotação e a vagareza dos atendimentos também por falta de profissionais e recursos, começam a produzir sobrecarga com pacientes em corredores, enfermarias superlotadas, tornando o ambiente propício a infecções hospitalares, agravando ainda mais o quadro clínico do cliente.

Perante o tema, a PH tem como ser prevenida, desde que os profissionais da saúde não possuam somente um olhar biomédico, mas também pelo ato de cuidar, de zelar pelo conforto, pela saúde e pelo tratamento, tendo uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), visando à organização e o aceleramento do atendimento. O paciente idoso está suscetível a adquirir novos invasores, uma vez que não possuem uma microbiota deficiente, onde principalmente, bactérias resistentes, ao atacarem esse paciente, passa a desenvolver uma inflamação, uma vez que esta seja no pulmão, dificultará a troca gasosa, evidenciando a falta de ar, e começará faltar oxigênio para abastecer seu organismo, trazendo grande desconforto ao cliente, podendo levá-lo à morte.

O objetivo desse artigo é conscientizar gestores hospitalares a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e, consequentemente, proporcionarem qualidade de vida ao ser humano, diminuindo o índice de mortalidade por causa de doenças totalmente previníveis, adotar o processo de Educação Continuada e, incentivando a participação de todos os funcionários envolvidos na assistência de saúde.

2 METODOLOGIA

O artigo foi realizado por busca de informações através de revisão Bibliográfica de cunho exploratório e abordagem qualitativa, focado na saúde e bem estar dos idosos. A pesquisa tem como visão levantar tópicos sobre a saúde, tirar conclusões e buscar métodos para melhoramento da qualidade de vida.

Além da revisão bibliográfica, utilizamos no artigo pesquisas exploratórias de abordagem qualitativa, onde Gil (2002) diz que a maioria das pesquisas exploratórias é considerada pesquisas bibliográficas, e para ele:

> Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-los mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portando, bastante flexível, de modo que possibilite a considerações dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, A. C, 2002, p.41).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ANATOMIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

Segundo DANGELO e FATTINI (2008), o sistema respiratório e composto por duas porções. A porção de condução, que é formada pelos órgãos tubulares, que tem a função de levar o oxigênio até os pulmões atingindo a porção respiratória. Dentro da porção condutora podemos citar a traquéia e os brônquios que atuam como passagem de ar, posteriormente aos mesmos, estão localizados a laringe, a faringe e o nariz, estes não são somente responsável pela passagem de oxigênio, a laringe, por exemplo, é responsável pela fonação, pela fala; a faringe tem uma ralação com o sistema digestivo, por ser inserida no local de encontro ente traquéia e esôfago, a faringe também serve como área condutora de alimentos e o nariz apresenta subdivisões que fornecem função olfatória.

3.1.1 NARIZ

DANGELO e FATTINI (2008), diz que o nariz externo é de fácil identificação, possui um aspecto piramidal. Na base se dá origem á duas aberturas em fenda, que se classificam como narinas, que são separadas por um septo nasal, que permite o contato da parte externa com a parte interna, também conhecida como cavidade nasal. A cavidade nasal é formada por ossos nasais e por cartilagens, e pode ser dividida em dois lados, direito e esquerdo, muito das vezes pode se observar em alguns casos, que o septo nasal se projeta mais para um lado do que para o outro, dificultando a respiração. A cavidade nasal também é composta por labirintos etmoidais, que temos estruturas denominadas lâminas que tem diferentes funções. A lâmina crivosa apresenta numerosas aberturas que servem para a passagem de fibras do nervo olfatório, a lâmina apendicular, auxilia como molde para a formação do septo nasal.

As conchas nasais têm a função de aumentar a superfície mucosa, pois e ela que umedeci e aquece o ar inspirado, deixando o ar mais propício para a hematose, nos pulmões. Sabe-se que a cavidade nasal é dividida em vestíbulo, em região respiratória e em região olfatória. O vestíbulo é de fácil percepção, ela segue as narinas e é revestida de pele e pelos. Do vestíbulo segue por continuidade a região respiratória e região olfatória, que são compostas por muco. Da região olfatória, parte pequenas fibras nervosas, que em associação, formam o nervo

olfatório, que atravessam a lâmina crivosa, como foi citado acima (DANGELO e FATTINI, 2008).

Os seios paranasais estão localizadas em cavidades de alguns dos ossos frontais do crânio, esses seios paranasais estão em constante contato com a cavidade nasal, as paredes ósseas que separam os seios são finas, podendo ser rompida em algumas patologias. A cavidade nasal se localiza superiormente á cavidade bucal, que é separada pelo palato duro e palato mole. O seio frontal são superiores á ela e se localiza no osso frontal, o seio esfenoidal, etmoidal e maxilar é laterais á cavidade nasal (DANGELO e FATTINI, 2008).

3.1.2 FARINGE

DANGELO E FATTINI (2008) caracteriza a faringe como um tubo muscular, que tem relação com dois sistemas, sendo eles o sistema respiratório e o sistema digestório. A faringe se localiza posteriormente a cavidade nasal, a cavidade bucal e laringe, sendo subdividida em três regiões: a parte nasal, localizada superiormente, que se interage com a cavidade nasal, a parte bucal, estando no meio, comunicando-se com a cavidade bucal pelo istmo da garganta e a parte laríngea, inferior, que se liga com o esôfago, situada posteriormente á laringe.

3.1.3 LARINGE

DANGELO E FATTINI (2008), diz que a laringe é um órgão tubular, localizado na parte anterior do pescoço em seu plano mediano, além da função da passagem do oxigênio a laringe também participa da formação do som, da fonação. É continuada pela traquéia e se coloca anteriormente e faringe.

Ela é composta por um esqueleto a base de cartilagem, sendo a maior a tireóide, possuindo duas lâminas que unem na parte anterior. (DANGELO e FATTINI, 2008)

Para a produção de som, DANGELO E FATTINI (2008) relata que a cavidade da laringe é constituída por músculos, conhecido como músculos intrínsecos da laringe, que podem aduzir ou abduzir as pregas vocais que irá interferir na tonalidade do som produzido.

3.1.4 TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS

Como diz DANGELO e FATTINI (2008), a partir da laringe se dá inicio à traquéia, de aspecto cilindróide constituída por uma série de anéis cartilaginosos, um acima do outro, ligados entre si pelos ligamentos anulares. Essas cartilagens permitem a traquéia a não entrar em colapso, lhe proporcionando rigidez e ao mesmo tempo unidas por ligamentos, ficando assegurada a mobilidade flexibilidade no momento da respiração. A traquéia é um órgão mediano, mas ela sofre um pequeno desvio para direita na extremidade inferior, antes de sofrer divisão para os dois brônquios principais, o brônquio direito e brônquio esquerdo, que se perfusão nos pulmões. Então da traquéia, origina-se os brônquios de primeira ordem, onde cada dá origem aos brônquios lobares, também denominado brônquios de segunda ordem, que ventilam os lobos pulmonares. Estes também de subdividem, em brônquios segmentares ou brônquios de terceira ordem. Antes de chegar aos alvéolos pulmonares, esses brônquios se dividem novamente, formando os bronquíolos, totalizando a árvore brônquica.

3.1.5 PLEURA E PULMÃO

DANGELO E FATTINI (2008) refere que os pulmões, tanto o direito como o esquerdo, são órgãos principais para respiração, os mesmos estão contidos na cavidade torácica e entre os dois á um espaço denominado mediastino, que dá espaço para outros órgãos, como: coração, vasos de grande calibre, esôfago, parte da traquéia e brônquios principais, nervos e vasos linfáticos. Cada pulmão possui um revestimento seroso, como se fosse um saco fechado, denominado pleura, que possui dois folhetos, a pleura pulmonar que envolve o pulmão como um todo e mantém continuidade com a pleura parietal que envolve parte interna da caixa torácica, e entre as duas á um espaço, chamado de cavidade da pleura, contendo uma película de líquido, que permite o pulmão realizar constantes movimentos e variação de volume, no momento de enchimento da respiração, e os dois folhetos s, um sobre o outro, sem atrito. Os pulmões apresentam um ápice superior, um a base inferior que se relaciona com o diafragma, e duas faces, sendo a face costal, que se localiza na parte das costelas e a face medial, voltada para o mediastino. Os pulmões de dividem em lobos, sendo o pulmão direito com três lobos: superior, médio e inferior, que são separadas por fendas, sendo fissura oblíqua e fissura horizontal, e o pulmão esquerdo, possui apenas dois lobos, o superior e o inferior, divididos pela fissura oblíqua. Na região central da face medial, cada um dos pulmões possui uma fenda, denominada hilo do pulmão, por onde entram e saem os brônquios, vasos e nervos pulmonares, conhecido como raiz do pulmão.

3.2 HISTOLOGIA E FISIOLOGIA DO APARELHO RESPIRATÓRIO

Sobre a mecânica da respiração, STUART IRA FOX (2007), a inspiração normal para o organismo, resulta da contração muscular, e a expiração normal e ocasionada pelo relaxamento muscular. O tórax deve ser rígido para oferecer proteção aos órgãos, tais como, pulmões e coração, os ossos do tórax associados á músculos, permite que a caixa torácica seja flexível, funcionando como um fole, tendo a capacidade de se estender na contração e voltar ao normal no relaxamento muscular, isso proporcionado por cartilagens.

Segundo GUYTON (2011), o sistema respiratório é responsável de suprir o gás oxigênio para todos os tecidos do organismo, e consequentemente eliminarem o gás carbônico. Histologicamente, os pulmões possuem milhões de alvéolos, JUNQUEIRA e
CARNEIRO (2008) relata que estes são formadas por uma camada fina epitelial, que se encostam ao tecido conjuntivo delicado, constituindo também uma rica parede de capilares sanguíneos, estas estruturas se colocam em forma de sacos, que se enchem de ar no momento da inspiração, promovendo a ventilação pulmonar estes são conectados com os bronquíolos, brônquios e traquéia. A maior parte dos tecidos respiratórios é revestida por epitélio ciliado pseudo-estratificado colunar com células caliciformes, células secretoras de muco.

Fisiologicamente, STUART IRA FOX (2007), explica que, as passagens de ar do sistema respiratório são divididas em duas zonas. A zona respiratória, onde ocorre a troca de gases, e a zona de condução, que inclui todas as estruturas que o ar passa antes de atingir os alvéolos, que pertence à zona respiratória. Quando o oxigênio é inspirado, sendo pela passagem oral ou nasal, o ar passará pela faringe, que está localizada atrás do palato, entrando em contato com a traquéia. Para que o ar entre e saia da traquéia e pulmões, ele deve passar pela glote, localizada entre as pregas vocais, fazendo parte da laringe. Então a zona condução e formada por boca, nariz, faringe, laringe, traquéia, brônquios e bronquíolos terminais. Estas além de levar a as para os bronquíolos respiratórios, também fazem aquecimento e umidificação do ar, filtração e limpeza.

Na zona respiratória,

> A troca gasosa entre o ar alveolar e o sangue dos capilares pulmonares resulta num aumento da concentração de oxigênio e numa redução da concentração de dióxido de carbono no sangue que deixa os pulmões. Esse sangue entra nas artérias sistêmicas, onde medidas das concentrações de gases no sangue são realizadas para se avaliar a eficácia da função pulmonar (FOX, S. I., 2007, 496p.).

Então, o sangue composto de dióxido de carbono e levado aos pulmões pela artéria pulmonar, onde ocorre à troca de gases, e sangue oxigenado retorna ao coração pela veia pulmonar, que será bombeado pare todo o organismo através do ventrículo esquerdo e artéria aorta.

3.3 PNEUMONIA

A pneumonia se caracteriza por uma inflamação na zona respiratória e suas bifurcações, dificultando a ventilação do paciente. Segundo ROBBINS e COTRAN (2005), esta patologia é causada por uma infecção do parênquima pulmonar, podendo ser causada por diversos organismos. Todos os seres humanos possui mecanismos de defesa, que atende todo o organismo contra antígenos invasores, e com o sistema respiratório não é diferente, e o cliente é predisposto á uma infecção, quando esse mecanismo de defesa possui uma deficiência ou quando a resistência geral do indivíduo estiver reduzida. Temos vários fatores que afetam a resistência geral, e de nossas estruturas respiratórias, como, doenças crônicas, alterações imunológicas e o tratamento com agentes imunossupressivos.

ROBBINS e COTRAN (2005), relata que a causa mais comum de morte por epidemias causada pelos vírus da influenza e a pneumonia bacteriana. Lembrando que a porta de entrada para uma infecção respiratória e o trato respiratório, mas pode ocorrer uma disseminação de um microorganismo de um órgão para o outro, gerando uma infecção secundária. Temos exemplos de pneumonias adquiridas na comunidade, que podem ser por infecção bacteriana ou viral, a invasão da bactéria na região respiratória do sistema respiratório, fazem com que os alvéolos comecem a secretar exsudato inflamatório, dentre elas as principais bactérias são: Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae, Moraxella Catarrhalis, Ataphylococcus Aureus, Legionela Pneumophila, Klebsiella Pneumoniae e Pseudomonas ssp.

Pneumonia adquirida na comunidade por vírus e micoplasma, também conhecida por pneumonia atípica, ocorre pela hospedagem de organismos na parte superior do sistema respiratório, trazendo danos ao tecido epitelial, como, necrose das células e uma resposta inflamatória. Quando se atinge os alvéolos, ocorre uma inflamação intersticial, podendo haver o extravasamento de líquidos, similar a pneumonia bacteriana. O dano causado pela infecção viral ou micoplasma, ao tecido do sistema respiratório podem impedir que o sistema de limpeza muco ciliar trabalhe, estando suscetível a infecções bacterianas secundárias.

E outros agentes patológicos são os vírus, sendo eles o vírus da influenza dos tipos A e B, respiratório sincicial, adenovírus, rinovírus, vírus da varícela e da rubéola. Qualquer um desses agentes etiológicos é capaz de causar uma infecção no aparelho respiratório superior, podendo ser confundida por um resfriado comum ou uma infecção grave de sistema respiratório. Alguns fatores que predispõe essa infecção são: desnutrição, alcoolismo e doenças debilitantes subjacentes (ROBBINS e COTRAN, 2005).

Outro tipo de pneumonia, que vem ganhando uma grande relevância na saúde pública, é a Pneumonia Hospitalar ou Nasocomial. Muitos clientes, principalmente idosos ao procurar

uma Unidade de Saúde Pública, para realizar um devido tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), acabam adquirindo uma nova infecção, sendo esta uma infecção hospitalar, gerando uma pneumonia hospitalar ou infecção nasocomial em sua hospitalização. Os microorganismos, principalmente bactérias em ambientes hospitalares adquirem resistência a antibióticos, e como o cliente necessita de procedimentos invasivos para seu tratamento, como, entubações, injeções e cateteres, são comuns que ocorra uma contaminação do material se não for manuseado na correta técnica podendo causar uma infecção no trato respiratório do idoso, esta podendo ser uma infecção secundária, podendo ser hospedar no aparelho respiratório, sendo comum em pacientes com doenças graves, imunossupressão, terapia prolongada com antibióticos e como já foi referenciado com equipamentos invasivos. Infecções causadas por cepas gram-negativas e Staphylococcus aureus são as causas mais comuns, esta mesmo de difícil tratamento, pelas bactérias já terem certa resistência a muitos antibióticos, podendo levar o cliente a morte (ROBBINS e COTRAN, 2005).

A pneumonia por aspiração é um tipo de pneumonia acometida quando o indivíduo causa vômito e aspiram ao líquido estomacal, aglomeradas de ácidos e de microorganismo da micro biota do trato gástrico. Essa pneumonia é comum em clientes com o estado neurológico reduzido, e perdem a capacidade de engolir e de tossir, onde propiciam que o líquido da cavidade bucal cais no trato respiratório. As vias aéreas do cliente ficam expostas há vários microorganismos, em uma quantidade maior que seu habitual, colocando as vias em comprometimento e desenvolvimento da pneumonia. Podemos citar exemplos dos alcoólatras, que entra em coma ou pré-comam alcoólico.

3.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Segundo PINHEIRO (2012) as manifestações clínicas comuns a todos os tipos de pneumonia incluem: tosse com expectoração, febre, calafrios, falta de ar, dor no peito, vômitos, perda de apetite, prostração e dores nas musculaturas. No escarro pode haver presença de sangue. É normal a pneumonia ser confundida por uma simples gripe inicialmente, por semelhanças dos sintomas, mas isso não impede do indivíduo procurar ajuda médica. Principalmente aquelas gripes em longo prazo, que tem um tempo maior de permanência e vão se agravando ao passar do tempo, ainda mais se paciente tiver mais de 60 anos, o apoio médico é indispensável.

O derrame pleural não é descartado das manifestações clínicas, este colabora para o aparecimento de cansaço e falta de ar. Dependendo da intensidade da pneumonia, uma grande parte do tecido pulmonar pode ser acometido, onde o paciente pode desencadear uma insuficiência respiratória, sendo necessário a internação um uma unidade de terapia intensiva (UTI) (PINHEIRO, P.2012).

3.5 DIAGNÓSTICO

Pode se ter uma confirmação da pneumonia com apenas a realização do exame físico e uma radiografia do tórax, já é o suficiente. Os alvéolos pertencentes a parte respiratória do sistema respiratório, cheios de secreções, aparecem como uma mancha branca na radiografia do tórax, podendo ter uma certeza de infecção. O hemograma realizado em pacientes com pneumonia ela destaca uma grande elevação no número de leucócitos, típicos de infecções bacterianas. Em pacientes com um quadro grave, principalmente idoso, normalmente é realizado um exame para identificar a bactéria responsável pela pneumonia. Podendo este exame ser

realizado com o sangue ou escarro do paciente, através de hemocultura e antibiograma, em casos selecionados a coleta pode ser realizada diretamente no pulmão, através de broncoscopia (PINHEIRO, P.2012).

3.6 TRATAMENTO

A pneumonia hospitalar é a mais grave e difícil de tratar, pela resistência das bactérias e acomete principalmente idosos fragilizados (PINHEIRO, P.2012).

3.6.1 ANTIBIOTICOTERAPIA

O que mais chama a atenção para a promoção da saúde é a pneumonia Hospitalar ou Nasocomial, causada principalmente por bactérias. A saúde pública está tendo certa dificuldade em dosar esse tipo de infecção, normalmente diariamente é diagnosticado casos de pneumonia em âmbitos hospitalares, tornando uma visão de doença comum a todos, mas não é simples como parece. A doença pode ser comum, podendo ocorrer vários casos de pneumonia hospitalar, em um tempo de espaço curto, mas devemos levar em consideração que o tratamento não é simples como o surgimento da doença. Principalmente o paciente idoso, possui certa dificuldade em aderir o tratamento, pela sua imunidade esta abalada o mesmo é de difícil êxito. O tratamento é quase que padrão á todas as unidades de saúde, tendo uma ampla gama de medicamentos voltados para a cura do paciente.

As pneumonias bacterianas exigem tratamento com antibióticos, por no mínimo oito dias. Podendo ser tratada com antibióticos orais. Quando o indivíduo evolui para um quadro clínico crítico, é necessário internação hospitalar e antibióticos intravenosos. Os fármacos mais utilizados são: amoxacilina, azitromicina, claritromicina, ceftriaxone, levofloxacina e moxifloxacina, esperando sinais de melhora a parti do terceiro dia do tratamento. Vacinas contra a pneumonia estreptocócica, já existem, e é o tipo mais comum de pneumonia. É indicada para crianças e idosos acima de 50 anos, mas não as outras pneumonias (PINHEIRO, P.2012).

Em idosos o tratamento deve ser mais específico e cauteloso, começando pela a observação da pele se esta hidratada, se o paciente se apresenta bem nutrido e a sua ventilação, se ele realiza a oxigenação dentro dos padrões normais, preservar as funções cardiovascular e renal. Em pacientes em internação prolongada, deve-se criar um plano de assistência a cada paciente, visando prevenir as úlceras de pressão, trombose venosa profunda, delírio e do declínio funcional. Para os idosos portadores da pneumonia bacteriana é implanto o tratamento com antibióticos, a escolha baseia-se na idade do paciente, o local onde a infecção é adquirida, a possibilidade de aspiração, a presença de comorbidades, as condições imunológicas do paciente, e o tipo de microrganismo e sua resistência (PINHEIRO, P.2012).

3.6.2 TRATAMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

O paciente com pneumonia hospitalar, ele estando na enfermaria ou na UTI, a terapia com antibióticos, praticamente é o mesmo. Mas o estado funcional do organismo compromete o funcionamento geral do sistema, no caso do aparelho respiratório. Devido à inflamação intensa, o cliente terá dificuldades de realizar a ventilação, podendo ainda gerar outras manifestações, por ter um comprometimento na troca gasosa, consequentemente faltando

oxigênio nos tecidos, podendo surgir então, tecidos necrosados, cianose, também relacionada com posição constante do paciente no leito.

Quando o paciente é ofertado para o tratamento em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é porque seu estado esta trazendo risco para sua vida, sendo assim um tratamento que traz muitas aflições para os familiares. O indivíduo passa a viver praticamente com o auxílio de aparelhos, sendo necessário o monitoramento dos sinais vitais, o estado hemodinâmico e da função respiratória. Vale apena frisar que o paciente internado por outra patologia, ou por acidentes, pode adquirir uma infecção na UTI, no momento da entubação pode ocorrer infecções direcionadas ao sistema respiratório, ou infecções secundárias (PINHEIRO, P.2012).
As principais aparelhagens de uma UTI são as listadas abaixo:

3.6.2.1 MONITOR CARDÍACO

Todos os pacientes que dão entrada na Unidade de Terapia Intensiva, é submetida ao uso do monitoramento cardíaco. O equipamento serve para que a junta de profissionais da saúde possa avaliar os sinais vitais do cliente. A parti dos eletrodos, aparelhos de pressão e sensores que estão em contato com o cliente, é possível observar a frequência cardíaca e respiratória, a PA e saturação de oxigênio no sangue. Acompanhado de um traçado simples de eletrocardiograma, permite o profissional identificar o aparecimento de arritmias cardíacas. O monitoramento cardíaco é um acompanhamento indispensável para o tratamento com risco de morte, ele é acompanhado por um alarme, que é programado para alarmar quando: ocorre bradicardia ou taquicardia da frequência cardíaca, picos de hipo ou hipertensão e queda da saturação de oxigênio no sangue (PINHEIRO, P.2012).

3.6.2.2 BOMBAS INFUSORAS

Devido à grande gama de medicamentos utilizados na terapia, e por ser administrados várias vezes ao dia são utilizado a bomba infusora. Que faz a infusão constante de drogas, podendo ser administrado insulina, antibióticos, diuréticos, aminas vasopressores, sedativos, hipotensores, dentre outros (PINHEIRO, P.2012).

As bombas infusoras são utilizadas principalmente quando há caso de choque circulatório, onde ocorre uma brusca queda da PA, sendo insuficiente perfusão sanguínea. E o tratamento visa o aumento da PA, garantido a perfusão normal. As principais drogas utilizadas nesse tratamento são a noradrenalina e a dopamina, são drogas potentes e de curta duração, e precisa ser administrada várias vezes, e na velocidade estável.

A utilização da bomba infusora, também é válida nos casos onde necessita de manter o paciente sedado, como aqueles que necessitam de ventilação mecânica. O doente diabético, pode controlar seus níveis de glicose pela bomba infusora, para uma lenta e contínua infusão de insulina (PINHEIRO, P.2012).

3.6.2.3 PUNÇÃO DE VEIA CENTRAL

Segundo PINHEIRO (2012), o cliente que precisa de terapia intensiva, não consegue tomar comprimidos. E a maioria dos medicamentos utilizados em situações de riscos, é oferecida por via Intravenosa. Muitos medicamentos não podem ser introduzidos em pequenas veias venosas, como a do braço, exemplos comuns são as drogas utilizadas no aumento da PA no caso de choque circulatório e a nutrição parenteral, usada quando o paciente é incapaz de se alimentar. Nesses casos a punção deve ser feita em veias de grande calibre, que ficam mais profundas, sendo as mais comuns a veia subclávia, a veia jugular interna ou a veia femoral. Essa técnica também é utilizada quando não é mais possível realizar a punção no braço.

3.6.2.4 VENTILADOR MECÂNICO

A insuficiência respiratória é uma das principais indicações para internação em UTIs, sendo necessário a respiração mecânica. Sendo comum nos casos de pneumonia em geral, a utilização do aparelho de respiração mecânica, evitando a evolução para uma parada cardiorrespiratória (PINHEIRO, P..2012).

Esse equipamento é capaz de garantir a entrada de oxigênio nos pulmões, promovendo a troca gasosa. Ele é capaz de fornecer oxigênio mesmo que o paciente não consiga respirar por conta própria (PINHEIRO, P.2012).

Esta técnica consiste primeiro na intubação das vias respiratórias, chamada também de intubação orotraqueal, consistem na introdução pelas vias aéreas um tubo plástico semi-rígido, e este ligado ao respirador mecânico. Aqueles que necessitam de ventilação mecânica por vários dias, normalmente são submetidos a uma traqueostomia, onde o tubo pode ser ligado diretamente á traquéia do paciente. Esse procedimento reduz o risco de complicações, como lesões das cordas vocais, doenças associadas ao sistema respiratório e extubações involuntárias (PINHEIRO, P.2012).

3.6.2.5 CATETERISMO VESICAL

PINHEIRO (2012) em seu artigo relata que, pacientes com sinais de instabilidade hemodinâmica é submetido ao cateterismo da bexiga, sendo possível aferir o débito urinário do paciente. Além de auxiliar no funcionamento dos rins, devido a instabilidade, a quantidade de urina produzida em 24 horas, ajuda a planejar a quantidade de líquidos que deve ser infundido ao longo do dia.
Pacientes em estado grave, com instabilidade dos sinais vitais, costumam apresentar insuficiência renal aguda, uma ausência no funcionamento dos rins. Um dos sinais é a diminuição na produção de urina, detectada com o auxílio da sonda vesical.

3.6.2.6 HEMODIÁLISE

Casos de insuficiência renal aguda é uma complicação comum em clientes que se apresentam em estado crítico internados em unidades de terapia intensiva. Os rins parando de funcionar fisiologicamente normal, é necessário iniciar um tratamento de hemodiálise (PINHEIRO, P.2012).

O aparelho de hemodiálise funciona realizando a fisiologia renal, fazendo a filtragem do sangue, eliminando as toxinas corporais e controlando o volume de água e os níveis de sais minerais. As sessões de hemodiálise podem ser de modo contínuo, por 24 horas seguidas sem

ser interrompidas, ou por apenas um período do dia, levando em consideração o estado clínico que o paciente apresenta, sendo assim um tratamento realizado até que os rins voltem a funcionar normalmente, levando em consideração que pode evoluir para uma deficiência crônica (PINHEIRO, P.2012).

Durante o tratamento, dentro do âmbito hospitalar, é normal que os pacientes apresentam edema, trazendo desconforto para ele e a apreensão dos familiares. Os vasos sanguíneos possuem poros microscópios que permitem a passagem de fluidos corporais, tanto para dentro ou para fora do vaso. Quando ocorre a inflamação sistêmica, os poros aumentam de tamanho, e também aumentando a passagem de fluidos para os tecidos, causando um excesso de líquidos na pele, originando o edema generalizado (PINHEIRO, P.2012).

PINHEIRO (2012) diz que não é somente a inflamação dos vasos que provocam o edema, a redução da filtração glomerular, diminuindo a produção e excreção de urina, causando retenção de líquidos, a administração excessiva de líquidos através de soros e medicamentos e a diminuição das proteínas no sangue, que ajudam a segurar a água dentro dos vasos, são fatores que também pré-dispõe o edema generalizado. O edema é uma consequência do estado clínico do paciente, e não traz grandes riscos clinicamente. De acordo que o paciente vai melhorando o organismo consegue restabelecer a distribuição normal de água, é voltando a pele do paciente ao normal, e quando tomam alta, normalmente não estão mais inchados.

Lembrando que cada paciente vai possuir um quadro clínico diferente, podendo utilizar todos os recursos de uma unidade de terapia intensiva, ou não, podendo predispor alguns sinais e consequentemente iniciar o tratamento com alguns equipamentos. E pode ocorrer do quadro clínico se agravar no decorrer do tratamento.

É muito importante antes de esperar as complicações e submeter o cliente ao tratamento, trabalhar a hipótese de prevenção, oferecer aos idosos uma assistência de qualidade e dentro das normas de enfermagem. Manter a higienização bucal do idoso, sua posição no leito para evitar aspiração, sua vida social, mantê-lo em constante comunicação com os familiares e possui destreza manual, possuindo domínio das técnicas, evitando contaminar o material, poupando assim o cliente de uma infecção e evitando o risco de óbito.

3.7 DIREITOS DOS IDOSOS

O aumento populacional vem se destacando ao passar dos tempos. A população idosa vem ganhando mais perspectiva de vida, ou seja, as pessoas estão vivendo mais ou está crescendo o número de nascimentos.

Todos os seres vivos quando nascem já entram em constante envelhecimento até o fim da vida. Sabendo que o corpo humano funciona como uma máquina industrializada, onde qualquer anormalidade pode oferecer riscos ao desempenho normal do organismo, dependendo do "defeito", pode nos trazer sintomas graves.

Quando surge alguma divergência relacionada á saúde, o paciente é obrigado a procurar um atendimento em uma unidade de saúde pública, oferecido pelo SUS. Mas é rotineiros idosos em tratamento dentro de âmbitos hospitalares adquirirem uma infecção secundária, dando início á uma nova doença. Uma das doenças mais evidenciadas é a pneumonia hospitalar, ofertando ao cliente uma nova etapa de tratamento, esta de difícil controle, pela resistência de

microorganismos hospitalares. Sobre carregando o paciente, e expondo a ele tratamentos com fortes medicamentos, e de acordo com o agravamento do quadro clínico, podendo levar o paciente ao tratamento em uma UTI, e consequentemente a óbito, pela parada cardiorrespiratória.

Segundo as diretrizes da saúde do idoso, Artigo 15º, é por direito e lei, que toda a população idosa

> é assegurada a atenção integral à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.(BARRETO, M. N. C. B.; CASTILHO, N. Mª. de; KURAMOTO, J. B.; LEUZZI, S.; LEUZZI, M. T.; MANGANARO, M. M.; MURTA, G. F.; SANTOS, A. B. dos.; PONTES, S. Mª. F. T., 2010, p.67).

Então os idosos têm direito a saúde, isto é notável, mas o que preocupa os gestores da saúde pública é se os profissionais de saúde estão preparados para atuarem não somente no tratamento e atendimento, mas também na promoção e prevenção de doenças, muito importante para conservar a integridade da pessoa idosa. É indispensável que a equipe multiprofissional de saúde esteja dentro dos parâmetros para ofertar um atendimento de qualidade e atuar intervindo a novas patologias.

Os idosos devem receber um atendimento qualificado, como já foi referenciado, segundo o Artigo 18º da constituição,

> As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo treinamento a s capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de autoajuda. .(BARRETO, M. N. C. B.; CASTILHO, N. Mª. de; KURAMOTO, J. B.; LEUZZI, S.; LEUZZI, M. T.; MANGANARO, M. M.; MURTA, G. F.; SANTOS, A. B. dos.; PONTES, S. Mª. F. T., 2010, p.67).

Cabe as instituições preparar e instruir os profissionais de saúde, visando promover uma boa assistência, oferecendo aos clientes uma boa qualidade de vida. Basta a sociedade saber cobrar essa assistência junto as unidades de saúde.

Garantir ao cliente, um bom atendimento, tratamento com qualidade, clareza sobre os fatos, para o paciente caso lúcido e para os familiares, realizar o tratamento de forma humanizante, não encarando o cliente apenas como uma máquina defeituosa e o serviço de saúde seria o mecânico. Claro, que o olhar biomédico é indispensável para a cura da pneumonia hospitalar, mas também o paciente como um todo merece uma assistência. Mantendo o controle emocional do cliente, orientando psicologicamente parentes e amigos, oferecer o conforto, para que os mesmo se sintam a vontades, para tirar dúvidas e expor opiniões sobre o internado, cabe a equipe de enfermagem tomar frente, de pré-dispor a esse atendimento, sendo assim mais vantajoso o serviço prestado, e almejado de vários elogios e satisfações.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que para nossa existência e qualidade de vida, dependemos de funções fisiológicas normais, incluindo desde funções básicas até sinais vitais. Segundo as diretrizes da saúde hoje contamos com cinco sinais vitais para a manutenção da vida, sendo eles: Pulso, Pressão Arterial, Temperatura, Respiração e Dor. Dentre os listados encontramos o tema abordado, a

respiração tem grande função em nosso organismo, ela tem a função e oxigenar nossas células, tecidos e órgãos, e ela que garante a nossa existência no termo respiração, formada por um complexo de estruturas, que trabalham em conjunto para levar e purificar o oxigênio e automaticamente retirando o gás carbônico do nosso organismo. Com a complicação do aparelho respiratório, torna-se meio que impossível realizar uma respiração correta, sem sentir dores e faltar de ar. A pneumonia sendo ela comunitária ou hospitalar, traz desconforto ao cliente, mas como estamos tratando de idosos, estão mais propícios a adquirir a patologia, e como eles estão desgastados, pelos obstáculos que a vida lhes oferecem, muitos não resistem e acabam perdendo sua vida por causa da infecção hospitalar. Diante disso, o enfoque deste trabalho é conscientizar a população a se prevenir contra as doenças, verificando se o cartão de vacina está em dia, pois é muito importante trabalhar o conceito de doença e está consciente dos prejuízos que podem ser poupados a vida. E através da revisão bibliográfica, explorando o termo tratamento com métodos invasivos, antibioticoterapia, e prestação de serviços voltados para a necessidade do indivíduo, procurando alcançar o êxito sem ferir a integridade emocional do paciente e familiar. Desde então, a visão é qualificar medidas que podem oferecer uma ajuda aos âmbitos hospitalares a diminuir ainda mais a estimativa de mortes por infecções hospitalares, geradores da pneumonia, e ao mesmo tempo preparando uma boa equipe de multiprofissionais, preparada para grandes desafios, e buscando sempre a solução desejada.

6 REFERÊNCIAS

BARRETO, Maria N. C. B.; CASTILHO, Neide Mª. de; KURAMOTO, Jaqueline B.; LEUZZI, Sérgio; LEUZZI, Maria T.; MANGANARO, Márcia M.; MURTA, Genilda F.; SANTOS, Angélica B. dos.; PONTES, Silvana Mª. F. T. **Saberes e Práticas:** Guia para ensino e Aprendizado de Enfermagem. 6ª ed. Volume 4. São Caetano do Sul-SP: Difusão, 2010. 340p.

BEDIN, Lívia Perasol; PAULINO, Ivan; PAULINO, Lívia Valle. **Estratégia Saúde da Família.** São Paulo: Ícone, 2009. 448 p.

CARNEIRO, José; JUNQUEIRA, Luiz C. **Histologia Básica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 524p.

COTRAN.ROBBINS. **Patologia**: Bases patológicas das doenças. 7ª ed. 4ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592p.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Básica**. 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2008. 184p.

FOX, Stuart Ira. **Fisiologia Humana**. 7ª ed. Barueri, SP: Manole, 2007. 726p.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana**. 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 564p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Idosos: Dados da População Idosa,novembro de 2011. Disponível em:<http://potal.saude.gov.br/ portal/arquivos/pdf/internação_uf.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

PINHEIRO, Pedro. Entenda o que acontece com os pacientes na UTI. Md.Saúde, 18/05/2012. Disponível em :< http://www.mdsaude.com/2008/10/pacientes-na-uti.html#ixzz25PoarZuP>. Acesso em: 10 nov. 2012.

PINHEIRO, Pedro. Pneumonias: Sintomas e Tratamento. Md Saúde, 17/07/2012. Disponível em:< http://www.mdsaude.com/2009/02quais-são-os-sintomas-da-pneumonia.html>. Acesso em: 17 nov. 2012.

A BIOÉTICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM[1]

Thais de Souza Estevam[2]

Sabrina Gonçalves Schetine[2]

Dayana Loureiro Seibert Fiorini[3]

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo explanar os princípios da bioética e suas implicações no cuidado de enfermagem. Abordando a beneficência, autonomia e justiça sob a visão holística que deve ser compartilhada pelos profissionais de saúde, e de forma ainda mais imprescindível pela equipe de enfermagem, considerando-se os princípios do paciente, mas não somente estes, como também os da equipe de enfermagem, e as leis que se referem à infinidade de questões que podem ser discutidas sob o ponto de vista bioético. São discutidos procedimentos como a eutanásia, aborto, dentre outros que promovem um confronto direto entre os princípios da autonomia e da beneficência, expondo o posicionamento a ser tomado pelo profissional de saúde, a dificuldade em se decidir por tais procedimentos, a participação, ou não, do profissional em atos que se contraponham à seus princípios e ética pessoa e o que diz o código de ética de enfermagem e as leis brasileiras sobre tais situações. Para a elaboração do artigo foi utilizada como metodologia a revisão bibliográfica de cunho exploratório e abordagem qualitativa.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Beneficência. Autonomia. Conflito. Cuidado.

ABSTRACT

This article aims to explain the principles of bioethics and its implications for nursing care. Addressing beneficence, autonomy and justice under the holistic vision that must be shared by health professionals, and even more indispensable by nursing staff, considering the principles of the patient, but not only these, but also the team nursing, and the laws that refer to multitude of issues that can be discussed under the bioethical standpoint. We discuss procedures such as euthanasia, abortion, and others that promote a direct confrontation between the principles of autonomy and beneficence, exposing the position to betaken by the health professional, the difficulty in deciding on such procedures, participation, or not, the professional acts that counter to their principles and ethics and the person who says the nursing code of ethics and Brazilian laws about such situations. For the preparation of the article was used as the methodology for literature review and exploratory qualitative approach.

KEY WORDS: Bioethics. Beneficence. Autonomy. Conflict. Beware.

---

[1] Artigo de Iniciação Científica d acadêmicos do Curso de Enfermagem – UNIVEN.

[2]Acadêmicos do 5º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – UNIVEN.

[3]Professora Orientadora. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – UNIVEN. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem – UFES.

1 INTRODUÇÃO

Mediante reflexão do tema proposto, “Os princípios da bioética na assistência de enfermagem”, nasce a seguinte pergunta: Como o enfermeiro deve agir perante o conflito da beneficência e autonomia?

A bioética e seus princípios estão no dia-a-dia do enfermeiro, desde os pequenos procedimentos aos mais penosos.

A própria palavra bioética significa ética da vida ou ética aplicada à vida. A partir do significado da palavra percebemos a sua necessidade para promover a vida. Então, alarga-se a necessidade dela estar presente em todas as ações da equipe de enfermagem, mais ainda em situações polêmicas, que geram conflitos até mesmo entre os princípios desta.

A trindade da bioética é constituída pelos princípios da beneficência, autonomia e justiça. A autonomia e a beneficência seguem juntas, porém muitas vezes discordando entre si, em exemplos como os do aborto, eutanásia, reprodução assistida, transplantes, doação de órgãos, dentre outros. E nesta situação há uma intervenção da autonomia do paciente para recusar o tratamento ou o procedimento, impossibilitando assim a equipe médica e de enfermagem de trabalhar para promover a manutenção da vida e da qualidade desta.

A bioética é um assunto a ser discutido com dinamismo, visto que a aplicação de seus princípios é variável, sendo analisada a situação e opinião do cliente, da família, do meio social no qual o cliente está inserido e da equipe de saúde. É necessário que haja um diálogo entre o cliente, a família e a equipe de saúde, para que seja definido o melhor plano de cuidado para o cliente, levando em consideração os princípios éticos, morais, sociais e religiosos.

O enfermeiro é, dentro do âmbito hospitalar, aquele que tem o contato mais direto com o cliente. É muitas vezes nele que o cliente ou seu familiar procura respostas para suas duvidas, tenta saber sobre outros casos parecidos e como ficou a situação final. Conta-lhe sua aflição frente ao problema e busca a melhor forma de resolvê-lo. O enfermeiro por si, tenta abster-se de invadir o espaço do cliente, de ter o seu nome mencionado quanto a uma decisão, então, tentando não ser obrigado a deixar sua opinião acaba afastando-se do cliente ou do familiar e assim livrando-se de algo que poderia comprometê-lo. Outras vezes o enfermeiro questiona consigo a decisão do cliente ou família quanto ao assunto, mas ele sabe que não deve interferir nesta decisão.

> Trabalhadores da enfermagem vivenciam problemas, conflitos e dilemas morais, a partir de situações consideradas parte do seu cotidiano profissional, como a falta de consentimento informado de pacientes, antes de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; a obstinação terapêutica; práticas profissionais questionáveis e desigualdade na distribuição de recursos, em especial os destinados à equipe de enfermagem, o que lhes vem provocando sofrimento moral, sem que esta temática seja suficientemente explorada (BAO, A.C..P.et al., 2009).

Devido a esses conflitos, estudos da bioética e suas implicações no exercício da enfermagem têm sido realizados, visando esclarecer o posicionamento da equipe frente a cada situação. Assim, possibilita ao profissional o acesso ao conhecimento dos princípios que podem mediar suas ações, dando liberdade ao profissional para se posicionar com maior segurança e conhecer seu respaldo legal e existente também em seu código de ética, definindo assim seu plano de ação no cuidado prestado ao paciente.

É também necessário que o profissional de enfermagem conheça seu código de ética e as leis direcionado as práticas da sua profissão, para que o enfermeiro saiba o que lhe é permitido ou não fazer, se há algum recurso para o qual recorrer, possibilitando a prática do princípio da beneficência. Sendo assim, visamos o estudo da bioética na assistência de enfermagem com a finalidade de direcionar o enfermeiro e sua equipe em suas ações no âmbito do cuidado e da ética.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO DE BIOÉTICA

A Bioética tem sido descrita enquanto o "estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais". Essa definição é citada por CLOTET (1993) ao analisar o porquê da Bioética nos dias atuais, a qual vem configurando-se enquanto um novo paradigma da ética na área das ciências biológicas e da saúde, sendo necessária para realizar os cuidados de saúde e, principalmente, na enfermagem, visto que esses cuidados se deparam com questões éticas e de valores morais (BOEMER; SAMPAIO. 1997).

Assim, conforme assinalam PESSINI & BARCHIFONTAINE (1994), a Bioética atua em uma área comum a diversas disciplinas e, em se tratando da área de saúde, faz-se necessária em diversos casos e procedimento, tratando de problemas que são únicos. Engloba questões que se referem ao início e fim da vida humana e outras intermediárias, tais como contracepção, esterilização, aborto, concepção assistida, doação de sêmen ou de óvulo, morte e o morrer, paciente terminal, eutanásia, suicídio, transplantes, códigos de ética das diversas profissões, experimentação em seres humanos, pena de morte, questões que conflitam opiniões e valores, tornando-se assim polêmicas (BOEMER; SAMPAIO. 1997).

Através da observação dos problemas acima citados surge o seguinte questionamento, porque o intenso conflito relacionado a essas questões? Tais conflitos ocorrem pela pluralidade de opiniões, formações morais, éticas, religiosas diferentes em cada indivíduo, cada família. A liberdade de expressão que abrange a população mundial no presente século possibilita que cada indivíduo possua uma formação de caráter individual, formação essa que afeta seu posicionamento perante várias questões que emergem em nossa sociedade atual.

2.2 O CONFLITO ENTRE A BENEFICÊNCIA E A AUTONOMIA

Beneficência, na linguagem comum, significa atos de compaixão, bondade e caridade. Beneficência provém do latim *bonumfacere,* que significa fazer o bem, ou seja, executar a ação ou a manifestação de bem. Distingue-se da benevolência, que significa estar disponível para fazer o bem. A prática da beneficência, porém não ocorre de forma absoluta, mesclando-se por muitas vezes com o conceito de benevolência, visto que os profissionais, em alguns casos, apenas praticam a beneficência quando se julgam disponíveis, sem se atentar para a necessidade do cliente (WANSSA, 2001).

Etimologicamente, o conceito de autonomia significa a condição de uma pessoa ou coletividade autônoma; quer dizer que determina, ela mesma, a lei a que se submete, ou na análise em questão, a submissão, ou não, do tratamento que lhe é oferecido (WANSSA, 2001).

Algumas questões, como a eutanásia, o aborto, suicídio, transplantes e contracepção, não são tão recentes ou surgiram nos últimos tempos, porém com o avanço tecnológico estas questões ganharam uma nova face e sua discussão inflamou-se juntamente com outras que emergiram

mais recentemente, como a reprodução artificial ou assistida, o uso da tecnologia para manter ou não a vida de um paciente inconsciente, códigos de ética e experimentação em seres humanos.

"O princípio da beneficência tenta, num primeiro momento, a promoção da saúde e prevenção de doenças; em segundo, pesa o bem e o mal buscando a prevalência do primeiro" (WANSSA, 2001).

Em caso de transplantes, por exemplo, vemos conflito entre beneficência e autonomia uma vez que, de um lado a equipe está empenhada, através do conhecimento técnico-científico e de todo aparato tecnológico que dispõe, ao êxito e este significa proporcionar a vida; por outro lado, o paciente possui seus valores que pertencem ao seu tempo vivido, à sua história e que influenciará em seu processo de decisão por se submeter ou não a um transplante, possibilitando, ou não, o exercício da beneficência pela equipe de saúde.

> Os temas referentes ao fim da vida têm possibilitado discussões bastante polêmicas e contraditórias por envolverem um tema tabu na nossa sociedade contemporânea - **a morte.** A determinação do momento da morte tem sido a base para tomada de decisão acerca de questões envolvendo eutanásia, transplantes, condutas em relação a pacientes terminais. Contudo, atualmente existem duas correntes ideológicas, uma defendendo que a morte está instalada quando da cessação das funções cerebrais, e outra argumentando que a morte ocorre quando há cessação das funções encefálicas. Acresce-se que existem, da parte dos médicos, alguns requisitos que devem determinar a morte, que vão desde a presença de um neurologista, clínico, neurocirurgião até o diretor do Hospital ou seu substituto legal. Esses requisitos encontram-se nas referências jurídicas de cada país, variam de acordo com os pressupostos dos mesmos e, muitas vezes, a lei não trata especificamente de alguns pontos; estas questões são discutidas por FUENZALIDA-PUELMA (1990) em seu estudo (BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A.,1997).

A questão da eutanásia engloba diversos princípios que tornam polêmica a sua discussão, a permissão ou não da família e a concordância desse princípio com os códigos de ética e premissas da medicina e da enfermagem, pois, qual é o fator correto para decretar a morte de um ser humano, a ausência das funções cardíacas ou encefálicas? Promover a morte é correto para profissionais que tem como obrigação a promoção da vida, obrigação que consta em seus códigos de ética e confirmada em seu juramento. Perante a alegação do estado vegetativo e falta de qualidade de vida faz-se necessário a decisão da equipe de saúde e da família quanto a esta questão.

Há ainda a questão da autonomia da família caso a decisão da equipe médica não seja compatível com a da família. Em casos como transplantes de órgãos ou sangue, não aceitos em algumas comunidades sociais e religiosas, qual é o princípio que deve prevalecer, o da beneficência ou da autonomia? A opinião da equipe de saúde ou do cliente e sua família? Qual a função da enfermagem em questões como esta? À equipe de enfermagem cabe o diálogo com o cliente ou sua família, caso este esteja incapaz de exercer sua autonomia, para tentar promover um consenso entre as suas partes.

Há, porém, uma ressalva a ser feita, não há interferência na autonomia do paciente quando, por exemplo, as exigências de autoridade de uma instituição, desde que aceitas, influenciam na autonomia de decisão. Como exemplo, uma pessoa Testemunha de Jeová que recusa a transfusão de sangue recomendada. Os indivíduos não vivem isolados da sociedade, e os princípios morais de determinada organização social e cultural exercem autoridade e influências sobre suas vidas e escolhas autônomas (WANSSA, 2001).

Quando, porém, não há um caminho que satisfaça as duas partes, é necessária a intervenção de princípios superiores, como os códigos de ética e as leis da Constituição Brasileira, que tem o poder de decidir sobre a realização ou não do procedimento. É necessário, portanto, que o profissional de enfermagem saiba o respaldo legal possuído por ele na prestação de sua assistência.

Considerando-se os códigos de ética dos profissionais de saúde, a eutanásia e repudiada e não aceita, segunda a legislação brasileira em vigor, a eutanásia constitui-se crime, possuindo apenas uma pena reduzida caso haja o consentimento do cliente ou sua família, em casos de inaptidão do cliente em exercer sua autonomia.

Cabe então à justiça autorizar, ou não, a realização de procedimentos não aceitos pelo cliente em seu direito de autonomia, devendo, porém, o enfermeiro ou médico estar ciente de seu direito de apelar para o judiciário na tentativa de obter a permissão para realizar o procedimento com a finalidade de promover ou manter a vida do cliente.

> É notória a intensidade cada vez maior da vivência sistemática de dilemas morais e sofrimento moral por parte das enfermeiras, durante o processo de trabalho. Avanços da ciência têm permitido aos trabalhadores de saúde novas possibilidades de tratamento, incorporadas ao cuidado em saúde sem suficiente reflexão sobreseus riscos e benefícios e possíveis conseqüências sobre o prolongamento da vida e sua qualidade (BAO, A. C. P., et al, 2009).

Mesmo que conduzidas por práticas baseadas em códigos moraisindividuais, as pressões ambientais levam ao conformismo por partedas enfermeiras que, gradualmente, se tornam mais distantes dos clientes, muitas vezes não ouvindo ou considerando a visão do cliente (BAO; A.C.P., et. al, 2009).

2.3 O CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Frente à esses conflitos entre a Trindade Bioética, devemos analisar qual o caminho a ser seguido pelo enfermeiro e a sua função perante essas questões. Para determinar a conduta do enfermeiro em sua assistência existe o código de ética dos profissionais de enfermagem, contendo suas obrigações, direitos e penalidades.

No que diz respeito a prática de enfermagem, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem afirma que:

> A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida (COFEN, 2007).

Sendo assim, vemos que a função do enfermeiro está ligada não somente a realização do procedimento, como também à assistência ao cliente, sua família e coletividade sob uma visão social, prestando apoio psicológico, orientação, informação, e promovendo a saúde, visando seu conceito amplo de bem-estar físico, social, psicológico, emocional, em uma visão holística que amplia o conceito de saúde em todos os aspectos que se inserem na vida do cliente.

Dentre as proibições constantes no vigente Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem temos:

> Capítulo I - Seção I - Art. 29 - Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.
>
> Art. 27 – Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.
>
> Art. 28 - Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação.
>
> Parágrafo único - Nos casos previstos em Lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.
>
> Art. 43 - Colaborar, direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização, fecundação artificial e manipulação genética (COFEN. 2007).

Segundo o que foi acima citado, percebemos claramente o posicionamento a ser tomado pelo enfermeiro perante as questões acima citadas, notamos também o poder de autonomia do enfermeiro em participar ou não do procedimento do aborto, mesmo sendo esse realizado de forma legal.

A realização dos procedimentos acima citados está sujeita a penalidade, também constantes no vigente Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sendo essas:

> Art. 125 - A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 5º a 7º; 12 a 14; 16 a 24; **27;** 30; 32; 34; 35; 38 a 40; 49 a 55; 57; 69 a 71; 74; 78; 82 a 85; 89 a 95; 89; 98 a 102; 105; 106; 108 a 111 Código.
>
> Art. 126 - A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 5º a 9º; 12; 13; 15; 16; 19; 24; 25; 26; **28** a 35; 38 a **43**; 48 a 51; 53; 56 a 59; 72 a 80; 82; 84; 85; 90; 94; 96; 97 a 102; 105; 107; 108; 110; e 111 deste Código.
>
> Art. 128- A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 8º; 9º; 12; 15; 16; 25; 26; **28; 29**; 31; 33 a 35; 41 a **43**; 48; 56; 58; 59; 72; 73; 75 a 80; 82; 84; 85; 90; 94; 96 a 102; 105; 107 e 108 deste Código.
>
> Art.129 - A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 9º, 12; 26; **28; 29**; 78 e 79 deste Código (COFEN. 2007).

2.4 POSICIONAMENTO PERANTE O CONFLITO ENTRE A BENEFICÊNCIA E A AUTONOMIA

Através da análise do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, vemos o direito o profissional de enfermagem de exercer sua autonomia para decidir sua participação, ou não, na realização de procedimentos que venham a ferir seus princípios éticos e morais pessoais.

Grande é a discussão gerada em torno da autonomia do cliente, porém dificilmente a autonomia do profissional é relevante em discussões deste ramo. O enfermeiro ou outro membro da equipe de enfermagem é, também, um ser humano, possuindo, portanto, o mesmo poder de autonomia. Qual a relevância desta observação para as questões propostas ao longo deste trabalho?

> Muitos atos de beneficência não são obrigatórios, mas o princípio de beneficência afirma a obrigação de ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes. A questão básica existente entre a obrigação e a filantropia ou caridade

> ainda permanece confusa, fazendo-se necessária uma avaliação dos seus limites (WANSSA, 2001, p. 112).

Caso o conflito entre a equipe de saúde e o cliente seja decidido pelo poder judiciário, o profissional é respaldado, não para desacatar a ordem judicial, mas para não participar da realização desta ordem. O enfermeiro não tem a obrigação de ir contra a vida do paciente na realização de procedimentos como a eutanásia, o aborto, a ortonásia ou outros, que vão contra sua ética pessoal.

Sendo assim, a beneficência é um ideal de ação que ultrapassa a obrigação; e outras vezes, limitada por obrigações morais. É evidente que o médico e demais profissionais de saúde não podem exercer o princípio da beneficência de modo absoluto. Ela tem seus limites, como a dignidade individual intrínseca a todo ser humano. O princípio é condicional ou dependente da situação a que é afirmado. Outros princípios éticos são, inclusive, limitadores da beneficência correspondente ao ponto de vista médico. Pois um ato considerado benéfico pela equipe de saúde, pode ser considerado malefício pelo cliente (WANSSA, 2001).

É necessária, uma atitude de zelo, de cuidado, de olhar atentivo por parte da equipe, de forma que possa acompanhar o paciente em sua trajetória de decisão, ouvindo-o, esclarecendo-o e, sobretudo, respeitando-o. Esta atitude vem ao encontro do pensamento de HEIDEGGER(1981) que evidencia este cuidar, zelar enquanto uma forma de ser-com-os-outros, habitando um mesmo mundo, através das relações. Assim, quando o ser estásendo-com**,** está zelando, cuidando no sentido de caminhar paralelamente com o outro, compreendendo-o em seu momento existencial (BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A., 1997).

Cabe ai profissional, porém, a ciência de seu dever de promover a vida, e a obrigação de prestar a assistência à qualquer ser humano, sem discriminação. Entramos assim do campo de outro princípio da bioética: A justiça.

2.5 JUSTIÇA

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem declara responsabilidade e dever da equipe de enfermagem: “Art. 15 - Prestar Assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.”

Apesar disso, o que vemos na realidade é o descaso por parte de alguns profissionais de enfermagem na realização da assistência de enfermagem ao cliente.

> Na ordem da justiça o bem comum é anterior ao individual. Ironicamente o mote da Organização Mundial da Saúde preconizado no final dos anos 70 “Saúde para todos no ano 2000” tornou-se na realidade “Saúde para poucos no ano 2000”, acentuando-se a diferença dos indicadores de saúde do primeiro para o terceiro mundo (DIAS, 2005).

O enfermeiro dever conscientizar-se de que todos, sem exceção, possuem o direito à assistência de saúde, e é dever da equipe de enfermagem realizá-la, independente de qualquer característica que possa gerar preconceito, incluindo o de classe social.

> Não que haja privilégio na doença, mas no atendimento a ela oferecido, em detrimento as demais doenças. Estas questões devem ser levadas em consideração pelos enfermeiros quando estes tem oportunidades de influenciar as políticas sociais e de saúde (DIAS, 2005).

A equipe dever abandonar seus preconceitos e discriminações e prestar a assistência. É esperado o fato de que o profissional terá a preferência por prestar assistência a um cliente

com uma doença não transmissível, do que a um paciente com uma doença transmissível, de fácil contaminação, e mais gravemente, incurável. Porém o princípio da justiça esclarece o profissional acerca do seu dever de prestar a assistência a todo e qualquer cliente, independentemente de sua condição financeira, social, sua cor, opção sexual, práticas sociais, ou qualquer outra classificação alvo de discriminação.

É responsabilidade do enfermeiro e toda a equipe de saúde promover a segurança para a realização de procedimentos que o exponham a um risco maior, podendo este se recusar a realizar procedimentos de risco caso não haja formas de promover sua segurança, tornando o risco iminente e inevitável.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho foi utilizada o método de revisão bibliográfica de cunho exploratório e abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2002) "a pesquisa bibliográfica é a atividade de localização e consulta de fontes diversas de informação escrita, para coletar dados gerais ou específicos a respeito de determinado tema".

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses.

4 CONCLUSÃO

Mediante a análise das questões propostas, podemos observar a importância da participação do enfermeiro nos conflitos e aplicações dos princípios da bioética.

A equipe de enfermagem é, dentre os membros da equipe de saúde, a que mais possui acesso ao paciente, suas opiniões, seus ideais, e através desta proximidade pode criar um vínculo com o cliente, que torne possível influenciar o cliente a aceitar seu tratamento. Por ter uma convivência maior com o cliente, o enfermeiro pode melhor informá-lo e esclarecê-lo a respeito de sua condição e das propostas da equipe para seu tratamento e a manutenção da sua vida, na tentativa de promover a qualidade desta.

Por outro lado, o profissional de enfermagem deve estar consciente de que não deve se envolver emocionalmente com o paciente, fato que impossibilitaria uma assistência com qualidade, e poderia expor o profissional a passar por situações de cunho pessoal que o afetariam no exercício de sua profissão, visto que o enfermeiro tem o dever de promover a vida e qualidade desta, mas em seu dia-a-dia tem, inevitavelmente, que lidar com a morte, a doença, o sofrimento, a dor. Devendo assim, prestar a assistência psicológica ao cliente, mantendo porém uma linha de divisão entre essa assistência e a criação de vínculos pessoais.

5 REFERÊNCIAS

AS DIFERENCAS entre as pesquisas exploratória descritiva e explicativa. Disponível em: <http://www.posgraduando.com/guia/as-diferencas-entre-as-pesquisas-exploratoria-descritiva-e-explicativa>. Acesso em: 26/08/2012 às 16h20min.

BAO, Ana Cristina Pretto; BARLEM, Edison Luiz Devos; BULHOSA, Michelle Salum; DALMOLIN, Graziele de Lima; FILHO, Wilson Danilo Lunardi, LUNARD, Valéria Lerch; SANTOS, Silvana Sidney Costa; SILEVEIRA, Rosemary Silva da. **Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem.** Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400018>. Acesso em: 16/09/12 às 15h12min.

BOCCATO, Marlene. A importância da Bioética. Disponível em: <http://www.geneticanaescola.com.br/ano2vol2/03.pdf>. Acesso em: 16/09/12 às 15h17min.

BOEMER, Magali Roseira; SAMPAIO, Mauren Alexandra. **O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. Disponível em:** <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26/08/2012 às 13h10min.

CLOTET, J. Pôr que bioética ?. **Rev. Bioética**, v.1, n.1, p.13-19. 1993.

COFEN-Conselho Federal de Enfermagem. **CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.** Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>. Acesso em: 26/08/2012 às 14h46min.

DIAS, Denise Costa. **Bioética**: implicações para o cuidado de enfermagem. Out. 2005. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau15.pdf>. Acesso em: 16/09/12 às 16h43min.

FUENZALIDA-PUELMA, H.L. Transplante de órganos. La repuesta legislativa de America Latina. **Bol. Of. Sanit. Panam**. v.108, n.5-6, p.445-464, 1990.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém:** um enfoque fenomenológico do social. Trad. D.M.Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

SARTÓRIO, Natália de Araujo; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e enfermagem**: uma interface no cuidado. Disponível em: <http://portais.ufg.br/uploads/128/original_bioetica_e_enfermagem.pdf>. Acesso em: 07/09/2012 às 20h43min.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. **Autonomia versus beneficência.** Jul. 2012.Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/611/627>. Acesso em: 16/09/12 às 16:27.

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELAS INSTITUIÇÕES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO

Cláudia Gomes de Oliveira[1]

Josias Simão[2]

Taciane Franceschetto[2]

RESUMO

A pesquisa acadêmica foi motivada pelo interesse de pesquisar as dificuldades encontradas pelas instituições na implantação de um modelo de assistência que seja benéfico à parturiente e ao bebê, em um momento tão especial que é a chegada de mais uma vida humana. Realizamos este trabalho movido pelo interesse de conhecer o tratamento oferecido pelas instituições e profissionais de saúde a estas clientes que, em certas situações apresentam sintomas de fragilidade, medo e em alguns casos depressão. No decorrer da pesquisa refletimos sobre: uma nova perspectiva relacionada aos cuidados das parturientes, dos autores que fazem parte deste novo contexto assistencial, a satisfação da mulher em ter um parto humanizado, a atuação do enfermeiro obstétrico em parto de baixo risco e o conflito gerado por um espaço, lamentavelmente de domínio da categoria médica. E ainda, o pouco espaço oferecido pelas instituições hospitalares, a falta de leitos, trazendo assim, inviabilidade à prática da assistência ao parto humanizado. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, onde o objeto principal é a parturiente com os cuidados recebidos no período de gravidez até o puerpério, respeitando deste modo a fisiologia feminina, enfatizando assim, que o parto, não deve significar para a mulher, um momento de dor e sim, de alegria, saúde, felicidade e muito amor.

PALAVRAS-CHAVES: Humanização. Parto. Dificuldades. Implementação.

ABSTRACT

The academic inquiry happened for the interest of investigating the difficulties found by the institutions in the introduction of a model of presence that is beneficial to the parturient woman and to a baby, at a moment so special that is the arrival of one more human life to the land ways. We carry out this work moved by the interest of know the treatment offered by the institutions and professionals of health to these clients that, in certain situations they present symptoms of fragility, fear and in some cases depression. While resulting from the inquiry we consider on: a new perspective made a list in the care of the parturient women, of the authors who make part of the acting of this new context, presence the satisfaction of the woman in having a humanized childbirth, the acting of the obstetric nurse in childbirth of low risk and the conflict produced by a space regrettably of power of the medical category, little space offered by the nosocomial institutions and the lack of beds bringing so impracticality to expert of the presence to the PH, directions given to woman from the pre-natal thing up to the puerperium. It the question is a qualitative inquiry of approach exploratory, where the principal object is the parturient woman with the cares received in the period of pregnancy up to the puerperium, respecting in this way the feminine physiology emphasizing so that the

---

[1] Enfermeira Especialista do Hospital Evangélico de Itapemirim, ES.

[2] Enfermeiros Especialistas do Município de Cachoeiro de Itapemirim, ES.

childbirth does not mean for woman moment of great pain and yes joy, health, happinesses and love.

KEY-WORDS: Humanization. Childbirth, Difficulties, Implementation.

1. INTRODUÇÃO

Com o objetivo de diminuir o alto número de mortalidade materna infantil, esterilização em massa, níveis altos de parto operatório, baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno entre outros, criou-se o termo "parto humanizado", que seria o conjunto de ações para assistência ao parto. Segundo Sarvier (2000) "humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas".

É notória a falta de investimento das instituições de saúde em recursos materiais e humanos necessários à realização dos procedimentos. Para que o parto humanizado aconteça em sua totalidade é necessária uma equipe de assistência preparada e treinada para respeitar a individualidade (principalmente fisiológica) de cada parturiente, e uma adequação do espaço físico no ambiente obstétrico para que as ações propostas por este tipo de parto possam ser implementadas. O parto humanizado é benéfico à mulher e ao bebê, quando bem programado, reduz sua ansiedade, torna o procedimento menos traumatizante e mais prazeroso mesmo diante da dor.

É preciso que as mulheres tenham conhecimento de seus direitos para que possam exigi-los, e rejeitar práticas de alguns médicos que, de acordo com sua formação estão preparados para conduzir o trabalho de parto e o parto com intervenções medicamentosas, invasivas, algumas práticas reprováveis muitas das vezes desnecessárias, e diante desta cultura encontram dificuldade em aderir o modelo de assistência ao parto de baixo risco que respeite a fisiologia da mulher, onde deixariam de ser protagonistas do parto e passariam a ser coadjuvantes, assumindo um papel de cuidadores. É importante que a mulher saiba de seus direitos e o profissional de saúde seu dever, pois humanizar é acolhimento com amor e proceder de maneira a amenizar a dor.

Neste estudo evidenciamos o que tem dificultado as instituições e os profissionais de assistência ao parto na implementação do parto humanizado diante de tantos benefícios à parturiente e seu filho.

O estudo se justifica pela necessidade de divulgar os benefícios do parto humanizado à população e incentivar os profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades a uma mudança em suas rotinas e condutas para uma assistência de qualidade à mulher.

A pesquisa é de natureza bibliográfica, onde segundo Lima (2007, p.28) é "um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório".

De acordo com Gil (apud LIMA, 2007, p. 40) a pesquisa bibliográfica:

“Possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto.”

Realizou–se após o levantamento bibliográfico uma leitura exploratória do material encontrado no qual se teve uma visão global do material. Depois foi feita uma leitura seletiva, que determinou o material para a pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto é diferente em cada mulher e em cada parto, muitas mulheres pensam que estão em trabalho de parto antes da hora, e acabam fazendo viagens desnecessárias ao hospital. Para estar totalmente preparada para o trabalho de parto é importante entender o que acontece nesse período. Não é algo que acontece repentinamente e sim gradualmente, podendo levar horas e até dias para se concretizar o verdadeiro trabalho de parto.

Segundo REZENDE (2005; 182) o início real do parto nem sempre é facilmente estabelecido, considera o trabalho de parto como uma síndrome que engloba vários elementos, e os mesmos isoladamente não tem valor absoluto. Podem ser considerados:

- Contrações dolorosas, rítmicas (no mínimo duas em 10 minutos), que se estende a todo útero e têm duração de 50 a 60 segundos.
- Colo apagado, nas primíparas, e dilatado para 2 cm; nas multíparas semi-apagado e com 3 cm de dilatação.
- Formação da bolsa das águas.
- Perda do tampão mucoso, denunciando o apagamento do colo.

O trabalho de parto é dividido em três estágios distintos:

PRIMEIRO ESTÁGIO (Período de dilatação do colo uterino): este estágio compreende a abertura do diafragma cérvico-segmentário onde se forma o canal do parto, continuidade do trajeto uterovaginal. No início deste estágio as contrações ocorrem entre 5 a 15 minutos, mas na fase ativa elas ocorrem a cada 3 minutos. No final deste estágio as contrações ocorrem a cada 2 minutos ou às vezes a cada minuto e meio. Este estágio pode durar cerca de 8 horas e pode ser dividido em três fases (1) quando o colo do útero está dilatado entre 0 a 3 cm; (2) quando o colo do útero está dilatado entre 4 a 7 cm. É nesta fase que se recomenda a internação hospitalar e (3) quando o colo do útero está dilatado entre 8 a 10 cm.

SEGUNDO ESTÁGIO (Período expulsivo): contrações uterinas mais intensas e freqüentes (5 contrações a cada 10 minutos), este estágio envolve o tempo entre a dilatação total do colo uterino (10 cm) até o nascimento do bebê. Este é o momento certo para iniciar as forças abdominais para empurrar o bebê para fora. Este estágio dura usualmente de 30 minutos a 1 hora.

TERCEIRO ESTÁGIO (Desprendimento da placenta): este estágio é o tempo entre o nascimento do seu bebê e a saída da placenta.

QUARTO ESTÁGIO (Primeira hora após a saída da placenta): Durante esta fase a placenta se separa do útero e sai pela vagina. Após a expulsão da placenta o útero se contrai e é palpável.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001) o parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psico-sexual da mulher. Assim, quando é vivenciado com dor, medo, angústia e isolamento podem levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe/ filho, além de sua vida afetiva e conjugal.

Fatores que influenciam o trabalho de parto:

Fatores que podem impedir o parto normal;

- Tamanho e forma da pelve;
- Tamanho e forma da cabeça e dos ombros do bebê;
- Encaixe (forma como o bebê está encaixado na pelve), apresentação (parte do corpo do bebê que aparece primeiro, geralmente, é a cabeça, mas, às vezes, são as nádegas, os pés ou mesmo um ombro).
- Posição do bebê;
- Condições do colo uterino quando as contrações começarem;
- Força das contrações;
- Intervalo entre as contrações;
- Alguns aspectos da saúde geral da mãe e do bem estar do bebê.

Fatores que podem ajudar no processo:

- Estado emocional e atitude em relação ao parto (otimismo, confiança, relaxamento x ansiedade, medo e tensão);
- Presença de um parceiro que ajude;
- Conhecimento do que esperar do parto;
- Ambiente e equipe profissional que ajudem a mulher a se sentir segura e bem cuidada;
- Auto cuidado (incluindo boa alimentação e bons hábitos de saúde).

2.2 TIPOS DE PARTO

Não se trata de uma simples escolha, e muito menos cabe à futura mãe decidir o procedimento que vai trazer seu filho ao mundo. Na verdade, o veredicto final vai depender do bebê, ou melhor, de como ele está posicionado dentro do útero. Sem falar, é claro, da avaliação do médico. A Organização Mundial da Saúde recomenda que o parto normal deva ser sempre a primeira opção. No entanto, os obstetras podem se valer da cesárea quando há algum tipo de complicação.

2.2.1 Via natural (Parto normal)

Os benefícios do parto normal são inúmeros, tanto para a mãe como para seu bebê. Desde uma melhor recuperação da mulher que pode se locomover no mesmo dia ou no dia seguinte e redução dos riscos de infecção hospitalar, até uma incidência menor de desconforto respiratório do bebê, a amamentação começa mais rápido e é o método aconselhado pelo ministério da saúde, mas exige que a mãe se prepare desde o pré-natal. Para que ele aconteça é preciso que a mãe apresente dilatação do colo do útero e contrações.

2.2.2 Cesárea (Parto cirúrgico)

A cirurgia costuma ser indicada para mulheres com gestação de alto risco ou com um feto de peso menor que 2,5 kg. As desvantagens são que nesse parto, também é mais freqüente a ocorrência de infecções e hemorragias, além da possibilidade de laceração acidental de algum órgão, como bexiga, uretra e artérias, ou até mesmo do bebê, durante o corte do útero. A recuperação completa da mãe demora de 30 a 40 dias. A gestante pode, ainda, ter problemas de cicatrização capazes de afetar a próxima gravidez. A freqüência dessa cirurgia também limita a possibilidade de opção pelo número de filhos. Nenhum médico deixaria uma mãe chegar a realizar seis cesarianas; geralmente as mães são esterilizadas após a terceira cirurgia. Os riscos são inerentes à própria cirurgia, a começar pela anestesia, em que a possibilidade de uma reação é imprevisível.

2.2.3 Parto de cócoras

É o parto na posição vertical, ajoelhada ou na cadeira. Segundo a ONG amigas do parto é a posição mais confortável para parturiente principalmente no período expulsivo, que tem a gravidade a seu favor. O parto se torna mais rápido a oxigenação do bebê é melhor, pois não ocorre a compressão da veia cava pelo peso do útero; a necessidade de episiotomia é menor; a mulher se sente mais no controle da situação e seu companheiro pode ter uma participação mais ativa dando o suporte da posição. Este tipo de parto ainda encontra uma resistência por parte dos médicos, pois foram ensinados e acostumados a controlar o parto, e a posicionar a parturiente de forma mais confortável para realização de seus procedimentos, esquecendo-se da subjetividade de cada parto e de cada mulher.

2.2.4 Parto na água

Pode ser usada como elemento de relaxamento (para a mãe) durante o trabalho de parto na forma de chuveiro, ducha (nas costas ou na barriga), uma banheira normal ou mesmo uma banheira de hidromassagem. O bebê pode nascer embaixo da água ou não. Por definição, o parto na água se caracteriza quando a mãe dá a luz com os genitais totalmente cobertos de água. A água deve estar aquecida, entre 35 e 37 graus Celsius, isto provoca um aumento da irrigação sangüínea da mãe, a diminuição da pressão arterial, além do relaxamento muscular, o que faz com que a mãe tenha um alívio da sensação dolorosa. O parto na água proporciona ao bebê uma reprodução muito parecida com o ambiente de sua gestação. Com o nascimento na água, o bebê viaja suavemente de um lugar quente, molhado e seguro, dentro do corpo de sua mãe, para outro lugar com as mesmas características. Na água, a gestante sente menos dor e quase nunca há necessidade de intervenção médica, cria-se nesse ambiente pressão igual em todas as partes do corpo, a mãe e o bebê sofrem menos ansiedade e a mãe pode encontrar uma posição cômoda e eficiente que facilita o nascimento do bebê. A água proporciona uma maior flexibilidade em todo o processo de parto, a mãe sente menos pressão no abdômen e no útero durante as contrações. O nascimento na água é extremamente seguro. Em mais de 45.000 nascimentos na água registrados no mundo, não houve complicações perigosas à vida da mãe ou do bebê.

2.3 HISTÓRIA DOS TIPOS DE PARTO

A separação dos partos por tipos aconteceu em decorrência do nosso sistema obstétrico. Desde que o atendimento passou a ser hospitalar, feito exclusivamente pelos médicos, em macas horizontais, com as mulheres em posição ginecológica, a classificação ficou óbvia: "**Parto Normal**" ou "**Cesariana**". Não havia alternativa. Se a mulher não conseguia dar à luz nessas condições padronizadas, ia para a cesárea. As condições padronizadas sob as quais as mulheres deveriam tentar o **"Parto Normal"** eram: separação do companheiro ou qualquer acompanhante, salas de pré-parto coletivas sem qualquer privacidade, impossibilidade de livre movimentação, soro com hormônios para acelerar as contrações e portanto encurtar o trabalho de parto, período expulsivo com a mulher deitada de costas, pernas amarradas a suportes, comandos para fazer força, enfermeiras empurrando a barriga da mulher, entre outras situações que variavam de serviço para serviço. Convém lembrar que em muitos hospitais do Brasil essa ainda é a regra, infelizmente, indo contra todas as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Eventualmente o parto ficava difícil e havia a aplicação do fórceps alto (um instrumento que consiste de um par de colheres metálicas), que buscava a cabeça do bebê no canal de parto para puxá-lo para fora. Essas experiências eram traumáticas para a mãe e com freqüência lesavam irreversivelmente o bebê. Era o "**Parto Fórceps**" ou ainda "**Parto a Ferro**". Hoje em dia caiu em desuso e os médicos agora usam o "fórceps de alívio", quando o bebê já está mais baixo no canal de parto. Usado com parcimônia seria um excelente recurso para acelerar o período expulsivo em casos de emergência ou sofrimento fetal, lembrando que estas são ocorrências extremamente raras em partos de baixo risco. O uso rotineiro é desaconselhado, o que vale para qualquer intervenção médica em um processo natural e fisiológico.

A partir da década de 70 o mundo inteiro testemunhou inúmeros movimentos pelo resgate do parto como um evento social, afetivo e familiar. Aqui e ali surgiram obstetras preocupados com o excesso de medicalização e grupos de consumidoras que lutavam por melhores condições para darem à luz seus bebês.

Na França, Leboyer foi um dos expoentes desse movimento e advogou uma forma mais amena de se nascer: pouca luz, silêncio, sem violência, banho do bebê perto da mãe, amamentação precoce. No entanto seu foco era o bebê, não a mulher. Geralmente esta estava deitada de costas, pernas em estribos e o uso da episiotomia era rotina. De qualquer forma, por seu pioneirismo, pela qualidade de nascimento oferecida ao bebê - mais do que pela qualidade de experiência de parto oferecida à mãe - no mundo inteiro esses partos ficaram conhecidos por "**Parto Leboyer**".

Ainda na França, na cidade de Pithiviers, Michel Odent, entre várias inovações dignas de mérito, começou a usar banheira com água quente para o conforto das parturientes. De lá para cá, o "**Parto na Água**" tem sido utilizado no mundo inteiro, em banheiras especiais ou improvisadas. Nas maternidades européias as banheiras são oferecidas às parturientes tanto para o alívio das dores do trabalho de parto, como para o parto em si. Estudos científicos comprovam que o uso da água quente no trabalho de parto é um excelente coadjuvante no combate à tensão e à dor. No Brasil pouquíssimas clínicas e médicos oferecem esse conforto às pacientes, infelizmente.

Onde havia liberdade para movimentação das mulheres, o "**Parto de Cócoras**" ganhou terreno, por ser mais rápido, cômodo para a mulher e mais saudável para o bebê, pois não se

produzia mais a compressão de importantes vasos sanguíneos, o que acontece com a mulher deitada de costas. No Brasil o Dr. Moysés Paciornik estudou comunidades indígenas e resgatou o parto verticalizado. Criou com seu filho Dr. Cláudio Paciornik uma cadeira para ser usada em hospitais, que permitia várias posições para a mãe, sem comprometer o conforto do médico. Embora não haja necessidade de cadeiras especiais para que a mulher assuma essa posição, muitos profissionais afirmam que não fazem partos de cócoras porque no hospital não existe "a cadeira para parto de cócoras" à disposição.

Desde os anos 80, com a popularização das questões ecológicas, e com os movimentos de resgate de uma vida mais saudável, natural e espiritualizada, muitas mulheres passaram a optar pelo "**Parto Natural**", sem intervenções, sem anestesia e domiciliar em muitos casos. No entanto o termo "**Parto Natural**" muitas vezes tem sido utilizado como sinônimo de "**Parto Vaginal**", o que nem sempre é verdadeiro. Um parto vaginal com episiotomia, rompimento artificial da bolsa d'água, aceleração com soro, anestesia, raspagem dos pêlos, entre outras intervenções, não pode ser classificado com o nome de "**Parto Natural**".

O termo "**Parto Sem Dor**" tem várias conotações. Os métodos psicoprofiláticos desenvolvidos especialmente nos Estados Unidos propunham uma espécie de treinamento às gestantes, baseado em técnicas respiratórias, de relaxamento, de concentração, entre outras. A idéia geral é que uma mulher bem preparada para o parto e bem acompanhada durante todo o processo terá muito menos dor do que uma mulher assustada e tensa. A idéia faz sentido, mas convém lembrar que a dor do parto continua existindo, agora sem o sofrimento causado por medo e tensão.

No Brasil "**Parto Sem Dor**" é comumente confundido com **parto sob anestesia**. Obviamente a anestesia bloqueia a dor, mas também diminui as sensações das pernas e do assoalho pélvico. Essas sensações são responsáveis pela força que a mulher faz na hora de "empurrar" o bebê para fora. Portanto, embora haja o bloqueio a dor, alguns efeitos indesejáveis como a perda do controle sobre o processo do parto, entre outros, podem ocorrer. Em muitos serviços médicos a anestesia é aplicada no final do trabalho de parto, já no período expulsivo, de modo que o período de dilatação não se passa sob efeito das drogas anestésicas. De qualquer modo, as "formas naturais de se lidar com a dor" deveriam ser largamente oferecidas e utilizadas antes de serem aplicados os métodos farmacológicos de bloqueio da dor.

Atualmente um novo termo tem sido utilizado: "**Parto Humanizado**". Como não houve uma formal definição do termo, ele é usado em todo tipo de circunstância. Para o Ministério da Saúde, parto humanizado significa o direito que toda gestante tem de passar por pelo menos 6 consultas de pré-natal e ter sua vaga garantida em um hospital na hora do parto. Para um grupo de médicos, significa permitir que o bebê fique sobre a barriga da mãe por alguns minutos após o parto, antes de ser levado para o berçário. Em alguns hospitais públicos significa salas de partos individuais, a presença de um acompanhante, alojamento conjunto, incentivo à amamentação, entre outros benefícios.

No mundo inteiro, no entanto, o que está se discutindo é: "**o atendimento centrado na mulher**". Isso deveria ser o correto significado de **parto humanizado**. Se a mulher escolher dar à luz de cócoras ou na água, quanto tempo ela vai querer ficar com o bebê no colo após seu nascimento, quem vai estar em sua companhia, se ela vai querer se alimentar e beber líquidos. Todas essas decisões deverão ser tomadas por ela, protagonista de seu próprio parto e dona de seu corpo. São as decisões informadas e baseadas em evidências científicas.

2.4 RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) EM 1996 PARA HUMANIZAÇÃO DO PARTO:

2.4.1 No pré-natal

- Planejar onde e como o nascimento será assistido
- Avaliação do risco durante a gestação
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher
- Respeitar a escolha da gestante sobre o local e nascimento
- Prestar informações sempre que necessário

2.4.2 Na admissão

- Respeitar a privacidade da mulher
- Respeitar a escolha do acompanhante

2.4.3 Durante o trabalho de parto

- Oferecer líquidos via oral
- Dar suporte emocional empático
- Prestar informações sempre que necessário
- Uso único de materiais descartáveis
- Respeitar o direito à opinião sobre a episiotomia
- Corte do cordão umbilical tardio com material estéril

2.4.4 Posição durante o trabalho de parto

- Encorajar a posição não deitada
- Liberdade de posição e movimento

2.4.5 Controle da dor

- Alívio por meios não invasivos, não farmacológicos (massagens, técnicas de relaxamento, etc...)

2.4.6 Monitoramento

- Do bem-estar físico e emocional da mulher
- Fetal, por ausculta intermitente
- Do progresso do trabalho de parto por meio do partograma

2.4.7 Após a dequitação

- Exame de rotina da placenta
- Uso de ocitócitos no terceiro estágio se há risco de hemorragia
- Prevenção da hipotermia do nenê
- Amamentação na primeira hora.

2.4.8 Recomendação atual da OMS (Organização Mundial da Saúde) para o Atendimento ao Parto Normal:

Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

- Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família.
- Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
- Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
- Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
- Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
- Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
- Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
- Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.
- Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.
- Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
- Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
- Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS.
- Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em conseqüência de uma pequena perda de sangue.
- Esterilizar adequadamente o corte do cordão.
- Prevenir hipotermia do bebê.
- Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
- Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

2.4.9 Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos;
- Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto;

- Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa;
- Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria radiográfica;
- Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado;
- Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;
- Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo;
- Massagens ou distensão do períneo durante o parto;
- Lavagem rotineira do útero depois do parto. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

2.4.10 Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas

- Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
- Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto.
- Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.
- Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
- Manipulação ativa do bebê no momento de nascimento.
- Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.
- Clampeamento precoce do cordão umbilical. Estimulação do mamilo para aumentar.
- Contrações uterinas durante a dequitação.

2.4.11 Condutas freqüentemente utilizadas de modo inadequado

- Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.
- Controle da dor por agentes sistêmicos.
- Controle da dor através de analgesia peridural.
- Monitoramento eletrônico fetal.
- Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto.
- Exames vaginais freqüentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços.
- Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
- Cateterização da bexiga.
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
- Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
- Parto operatório (cesariana).

- Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
- Exploração manual do útero depois do parto.

2.5 ELEMENTOS E RECURSOS PARA O PARTO:

Apoio: Pode ser obtido do companheiro, mãe, amiga, doula ou uma combinação dessas pessoas. Não sentir-se solitária nesse momento tão importante e intenso, ser cuidada com massagens, carinho e informações, tudo isso pode ser uma grande ajuda na travessia do processo do parto. É importante que você confie nas pessoas que estão a sua volta, que perceba a sintonia entre todas elas e sua genuína intenção de estarem te auxiliando no bom êxito do seu trabalho de parto. Deve haver compreensão, paciência, competência e respeito para com seus ritmos e tempos.

Silêncio, privacidade e ambiente discreto – não ter que falar durante as contrações, não ter que ouvir conversa paralela, ou vozes alteradas de comando, até sons de ambientes vizinhos, não ter pessoas entrando e saindo o tempo todo, tudo isso ajuda no trabalho de parto.

Iluminação: Para a maioria das mulheres, um ambiente na penumbra ou na meia luz é mais propício ao relaxamento. Você pode fechar cortinas, usar abajures, lâmpadas mais fracas, etc..

Música: Para algumas mulheres a música é relaxante, para outras pode ser fonte de perturbação. O importante é que cada mulher escolha se quer ou não quer música, quando e quais músicas devem ser tocadas durante o trabalho de parto.

Velas, aromas, cores: O uso de outros elementos ambientais pode ser muito importante individualmente. Aromas, incensos, velas, luzes de cores especiais, enfim, todo recurso ambiental é válido e não deve ser desprezado, desde que seja de escolha da parturiente, e que seja disponibilizado nos momentos e intensidades desejados por ela.

Posicionamento: Algumas posições servem para corrigir apresentações inadequadas do bebê, podem aumentar o fluxo sanguíneo do útero ou podem dar mais conforto. Embora bastante óbvio, é comum médicos ou regras hospitalares restringirem a posição da parturiente, deitada de lado durante o trabalho de parto ou de costas na hora da expulsão.

Mobilidade: Auxilia na mobilidade dos ossos da bacia e diminui o tempo de trabalho de parto. Também é óbvio, mas da mesma forma é comum as mulheres terem que passar o trabalho de parto deitada em macas em salas de pré-parto.

Massagem: Os impulsos nervosos gerados pela massagem em determinadas regiões do corpo vão competir com as mensagens de dor que estão sendo enviadas ao cérebro, reduzindo as sensações de dor. São impulsos nervosos diferentes, competindo pelos mesmos receptores do cérebro. Essa massagem deve ser aplicada nos pés e mãos e funcionam como a técnica de contrapressão (feita nas costas, durante a contração, na altura da borda superior da bacia). Massagens aplicadas nos ombros e pescoço são melhores entre as contrações e ajudam a relaxar. Já a massagem suave na barriga, braços e pernas dão a sensação de apoio físico e companheirismo. Todas têm grande valor.

Respiração: Embora ninguém se "esqueça" de respirar, existem técnicas que ajudam a aumentar a oxigenação durante as contrações e o relaxamento durante os intervalos. Basicamente, entre as contrações a respiração deve ser calma e profunda, propiciando maior relaxamento. Durante a contração, usa-se uma respiração mais acelerada, começando lenta e ficando mais curta e rápida no auge da contração (como cachorrinho), voltando aos poucos a ficar mais profunda e longa conforme a contração vai se dissolvendo. Essa respiração aumenta a oxigenação. Embora essas sejam dicas úteis para o parto, a adaptação varia de mulher para mulher e ao longo do trabalho de parto. Não existem regras fixas, mas muitas mulheres se sentem bem ao receber essas dicas das pessoas que a estão acompanhando. Outras mantêm indutivamente um ótimo ritmo respiratório, sem necessidade de auxílio.

Uso da água: Um recurso importante, nas suas variadas formas. O chuveiro morno sobre as costas é relaxante e diminui a sensação de dor. Não há limite de tempo para a mulher permanecer no chuveiro. A água muito quente pode causar alguma queda de pressão. As banheiras comuns ou de parto também são relaxantes, podem fazer diminuir o inchaço, e diminuem a sensação de dor. O ideal é que a imersão seja feita quando a dilatação já atingiu 5 ou 6 cm, para que não haja desaceleração do trabalho de parto.

Relaxamento: A importância do relaxamento está em não permitir que você e seu corpo lutem contra a dilatação ou contra as dores por ela provocadas. Essa luta provoca tensão, que por sua vez desacelera o trabalho de parto e provoca mais dor. É assim que o relaxamento permite que seu útero faça o trabalho. Relaxar significa entre outras coisas se desconectar dos pensamentos ruins, das preocupações, do mundo exterior. A prática da meditação durante a gravidez facilita o relaxamento na hora do trabalho de parto.

Visualização: Para muitas mulheres esse recurso é importante, pois promove o relaxamento e diminui as tensões. A parturiente pode visualizar o bebê descendo pela bacia, o bebê saindo de dentro dela, seu colo se abrindo, água caindo, coisas ficando pesadas e pendentes, enfim, tudo o que tenha uma simbologia de descida e abertura.

2.5.1 Terapias Classificadas como Alternativas

Apesar de não estar entre as terapias "cientificamente comprovadas", têm sido largamente empregadas por diversos profissionais com resultados excelentes.

Homeopatia: Existem vários recursos em homeopatia para o trabalho de parto, para auxiliar no relaxamento, na dilatação, na indução e aceleração.

Acupuntura: Pode ser usada para alívio da tensão, indução e aceleração do parto.

Cromoterapia: Relaxa durante as contrações e suaviza muito as sensações fortes da expulsão, quando aplicada diretamente sobre a vulva.

Terapia Floral: abaixa o nível de ansiedade, ajuda a lidar com o medo, tranqüiliza e acalma, permite uma percepção mais aguçada, reforça a resistência física e emocional.

Estas são apenas algumas das sugestões. Existem aparatos interessantes como a bola suíça, uso de óleos vegetais específicos, objetos familiares à parturiente, preparação para o parto, leitura de livros, conversas com outras mães, também são ótimas opções. Tudo é válido quando o objetivo é proporcionar uma rica experiência de parto, que possa inaugurar com “chave de ouro” uma nova fase para a família envolvida.

2.5.2 O parto na rede pública, e privada com e sem plano de saúde.

Os procedimentos, condutas hospitalares e direitos da mulher em relação ao parto não se diferem nos hospitais públicos, privados ou com plano de saúde. A diferença está no poder aquisitivo e nos tipos de parto realizados. As maternidades privadas estão ficando cada vez mais parecidas com hotéis de luxo. Enquanto isso é cada vez mais comum verificar na rede pública desde a falta de leitos, mulheres em peregrinação por vários hospitais para encontrar uma vaga, falta de recursos humanos, tratamentos absolutamente desumanos e sem qualquer estrutura para atender uma parturiente. Esse é apenas um dos reflexos da desigualdade social que impera no país, fazendo do Brasil o segundo país do mundo com maior diferença de renda.

Cesariana em alta nas maternidades privadas

Mas é no tipo de parto realizado por essas maternidades que está a grande diferença. Na rede privada, a taxa de parto cesárea chega a quase 80%. Os índices mais altos estão na rede privada com plano de saúde. Já nos hospitais e maternidades da rede pública, as taxas de cesariana caem para 27.5%. Esses dados são apontados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão governamental que regula a ação das operadoras de planos no País. Pela Organização Mundial da Saúde, a recomendação é de que as cesarianas representem 15% dos partos. Mesmo nos hospitais públicos, o Brasil tem um índice muito alto de partos cesáreas. Isso mostra o quanto o país ainda está distante de oferecer uma assistência de qualidade à mulher. Se o cálculo da idade gestacional do bebê for malfeito, o parto cesárea será feito antes da hora e o bebê nascerá prematuro, podendo trazer complicações no pós-parto como distúrbios respiratórios. Bebês de 37 a 38 semanas têm 120 vezes mais chances de apresentar a síndrome da angústia respiratória do que aqueles de 39 semanas. No parto normal, você tem certeza que ele está nascendo na época adequada.

O risco de morte materna em partos cesárea aumenta em 2,8 vezes em relação ao parto normal. A mãe também pode sofrer hemorragia e infecção puerperal. Sua recuperação é mais demorada do que no parto normal e sua estadia no hospital é maior. O parto cesárea só deve ser realizado em situação de risco para a mãe ou para o feto ou se o trabalho de parto se estender excessivamente.

Opção pela cesariana - Os motivos para o elevado índice do parto cesárea são por comodidade da mãe e do médico que controlam a situação do parto, marcando dia e horário para o nascimento, diferentemente do parto normal, em que a natureza determina o dia e horário. Outro motivo é o financeiro. Muitas instituições privadas têm como objetivo o lucro em detrimento de assistência e, portanto, o parto cesárea é mais lucrativo. Já os médicos no Brasil geralmente são mal-remunerados, principalmente os que são conveniados com os planos de saúde, e por isso precisam trabalhar em mais de um lugar. Por prestarem serviços em vários lugares, não têm tempo de ficar monitorando as parturientes nas seis ou mais horas de trabalho de parto de um parto normal. O pagamento pelos convênios ou mesmo pelos pacientes particulares é maior com o parto cesárea e além de tudo é mais rápido. Assim o médico faz mais partos com maior lucratividade. Isso já não acontece na rede pública, onde o valor do pagamento pelos partos é o mesmo para normal e para a cesariana. Além da comodidade, as mulheres preferem o parto cesárea por medo da dor do parto e os médicos cedem a pressão. Um bom pré-natal esclarecendo todas as dúvidas e mitos, inseguranças e medo da hora do parto com um obstetra que apóie o parto normal dará tranqüilidade e segurança para a mulher na hora de dar à luz e isto por si só já ameniza a dor. Mas se a dor do parto normal for insuportável, a parturiente pode pedir a anestesia peridural onde as contrações continuarão, mas a dor não será mais sentida. Como a necessidade de economia na

rede pública é grande, a tendência é não abusar da tecnologia. Essa economia traz vantagens para a mãe e o bebê onde é a natureza que tem o controle do parto e o médico está presente para acompanhamento e intervenção só se for preciso. Mas a principal razão da queda no número de cesáreas foram as medidas tomadas pelo Ministério da Saúde para incentivar a realização de partos normais. Os planos de saúde poderiam ajudar a reverter os altos índices de cesarianas oferecendo mais estímulo ao médico tanto do ponto de vista financeiro, pagando melhor o parto normal, como no aspecto de humanização do parto. Cabe ao médico indicar o tipo de parto mais adequado para cada mulher e a gestante deve aceitar ou questionar a escolha. Mas se a gestante pode ter o seu filho de parto normal e o médico indica a cesárea, há um desrespeito ao direito da mulher.

Enquanto as mulheres não reivindicarem seus direitos, enquanto as decisões couberem aos profissionais prestadores de serviços médicos, aos hospitais que elas escolheram, à diretoria que cria as condições de atendimento, enfim, enquanto deixarem que os outros cuidem do que é seu, os "tipos de parto" fazem sentido. É a classificação dos partos que nos serão permitidos ou oferecidos de acordo com as necessidades, conveniências e crenças dos outros.

2.5.3 O Parto humanizado

Esse assunto está diariamente sendo discutido entre médicos, enfermeiras, hospitais, ministério e secretarias de saúde, todos falam em parto humanizado. A idéia de se humanizar o parto vem do fato de que muitos serviços médicos ignoram as recomendações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e outros órgãos que regulamentam o atendimento ao parto. Percebe-se que há um longo caminho a se percorrer em nossos hospitais e maternidades, até que as mulheres tenham acesso a um atendimento ao parto seguro, acolhedor e que respeite suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais. O Parto Humanizado é muito mais do que um parto feito por seres humanos, como definem alguns, ou o direito a uma vaga em maternidade, ou o direito a seis consultas de pré-natal. Humanizar o parto é dar às mulheres o que lhes é de direito: um atendimento focado em suas necessidades, e não em crenças e mitos.

Quando se fala em humanizar está se referindo a um tratamento com gentilezas e "humanidade", a uma abordagem menos agressiva e mais racional do manejo das internações, proporcionando assim segurança a mulher no momento de grande importância na sua vida que é a hora do nascimento de seu filho. Humanização do nascimento é algo muito profundo, ele vai além de se fazer um centro obstétrico mais arejado, enfermeiras e atendentes sorridentes ou colocar vasos de flores nos quartos, o parto humanizado é dar qualidade de vida a mãe e o filho que esta chegando evitando que muitos problemas e traumas venham aterrorizar suas vidas futuras.

2.5.4 Pré-Natal

Toda mulher que está grávida deve estar consciente de que o pré-natal é o melhor meio de garantir a saúde da mãe e do bebê, um parto saudável, prevenindo doenças graves específicas da gravidez. São necessárias no mínimo 6 consultas com seu obstetra, que podem ser feitas através dos postos de saúde, dos hospitais especializados e até de consultas em consultório particular.

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e

articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

É cada vez mais freqüente a participação do pai no pré-natal, sua presença deve ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, preparando o casal para o parto. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. É importante acolher o (a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto. O benefício da presença do (a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto.

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. São também parte dessa história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal.

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto.

Uma escuta aberta, sem julgamento nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesmo, contribuindo para um parto e nascimento tranqüilos e saudáveis. Escutar uma gestante é algo mobilizador. É um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e, por isso, exige grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências. Como ser capaz de corresponder à confiança que as mulheres demonstram ao aderir à assistência pré-natal? As respostas a essas perguntas são da competência de cada pessoa que escolheu trabalhar com a prática geral da saúde ou, especificamente, com gestantes, ou ainda que, por força das circunstâncias, se depara com essa função no seu dia a dia. Um desafio a ser aceito.

Ao Ministério da Saúde compete estabelecer políticas e normas técnicas para a atenção pré-natal de boa qualidade.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os (as) usuários (as), em atitudes como: os profissionais se apresentando, chamando os (as) usuários (as) pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade, incentivando a presença do (a) acompanhante, entre outras atitudes. Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. A maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e

avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal. Como condições para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se garantir:

I. Discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;

II. Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal se dê ainda no 1° trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade de as mulheres realizarem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;

III. Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, visando assegurar o seguimento da gestante durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-a tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, e por meio de reuniões comunitárias;

IV. Sistema eficiente de referência e contra-referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para toda a clientela, conforme a exigência de cada caso. Toda gestante encaminhada para um nível de atenção mais complexo deverá levar consigo o cartão da gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e dos dados clínicos de interesse. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, com todas as informações necessárias para o seguimento do pré-natal.

Para que tais práticas sejam desenvolvidas, faz-se necessário:

A) **recursos humanos** que possam acompanhar a gestante segundo os princípios técnicos e filosóficos da assistência integral à saúde da mulher, no seu contexto familiar e social;

b) **área física adequada** para atendimento a gestantes e familiares, no centro de saúde; com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos.

c) **apoio laboratorial para a unidade básica de saúde,** garantindo a

realização dos seguintes exames de rotina:

- dosagem de hemoglobina (Hb);

- grupo sangüíneo e fator Rh;

– teste de Coombs indireto;

– sorologia para sífilis (VDRL);

– glicemia em jejum;

– teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose anidra;

– exame sumário de urina (Tipo I);

– urocultura com antibiograma;

– exame parasitológico de fezes;

– colpocitologia oncótica;

– bacterioscopia do conteúdo vaginal;

– teste anti-HIV.

d) **instrumentos de registro e processamento e análise dos dados disponíveis,** visando permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, por meio da coleta e da análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio. O fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência, deve ser garantido. Para tanto, devem ser utilizados:

– **cartão da gestante** - instrumento de registro. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, os quais são, importantes para a referência e contra-referência. Deverá ficar, sempre, com a gestante;

– **ficha perinatal** - instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério;

– **mapa de registro diário** - instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal. Deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada;

e) **medicamentos essenciais:** antiácidos, sulfato ferroso com ácido fólico, supositório de glicerina, analgésicos, antibióticos, tratamento de corrimentos vaginais.

f) **avaliação permanente da assistência pré-natal,** com vistas à identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como o desempenho do serviço. Deve subsidiar também, quando necessário, a mudança de estratégia com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência. A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados

registrados na ficha perinatal, no cartão da gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do estado. As consultas de pré-natal poderão ser feitas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função:

□□da idade gestacional na primeira consulta;

□□dos períodos mais adequados para a coleta de dados necessários ao bom seguimento da gestação;

□□dos períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações;

□□dos recursos disponíveis nos serviços de saúde e da possibilidade de acesso da clientela aos mesmos.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Decreto

nº 94.406/87 -, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira.

O intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36° semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardiofetais**.**

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação Profissional /usuário (a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Desse modo, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde.

Nas consultas, aprendem como lidar com os problemas típicos da gravidez, recebem orientações sobre parto e amamentação, fazem exames que ajudam a prevenir e diagnosticar doenças, que podem colocar a gravidez em riscos.

Nas ações educativas, vários aspectos são abordados, durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, deve receber informações sobre os seguintes temas:

- Importância do pré-natal
- .Cuidados de higiene;
- A realização de atividade física, de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (enfoque na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;

- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais freqüentes;
- (Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais), dificuldade respiratória e cansaço);
- Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do acompanhante;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pelo Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

3 DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HOSPITALAR

Há vários anos no campo da assistência ao parto, as discussões sobre humanização trazem demandas antigas e nos últimos anos várias autores e organizações não governamentais tem demonstrado suas preocupações com a medicalização excessiva do parto, propondo modificações no modelo de assistência, principalmente naqueles de baixo risco. A OMS tem trazido contribuições importantes para este debate ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais considerando:

- A necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua plena universalidade;

- Que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal;
- A necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e a necessidade da melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis, resolve:

Art. 1º Criar o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal.

§ 1º Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias.

§ 2º O Centro de Parto Normal deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira a complementar as unidades de saúde existentes e organizar no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério.

§ 3º O Centro de Parto Normal poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo unidade isolada, desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme disposto nesta Portaria.

Art. 2º Estabelecer as seguintes normas e critérios de inclusão do Centro de Parto Normal, no SUS:

I- estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde da sua área de abrangência, especialmente às Unidades de Saúde da Família;

II- funcionar em parceria com o nível de referência secundário, que garantirá o atendimento dos casos identificados e encaminhados pelas unidades básicas às quais está vinculado;

III- manter informados os Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde a que estiver vinculado.

Art. 3º Definir que ao Centro de Parto Normal - CPN cabe as seguintes atribuições:
I. Desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos CPN e da amamentação do recém-nascido/RN;
II. Acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna;
III. Permitir a presença de acompanhante;

IV. Avaliar a vitalidade fetal pela realização de partograma e de exames complementares;

V. Garantir a assistência ao parto normal sem distócias, respeitando a individualidade da parturiente;

VI. Garantir a assistência ao RN normal;

VII. Garantir a assistência imediata ao RN em situações eventuais de risco, devendo para tal, dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria;

VIII. Garantir a remoção da gestante, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora;

IX. Garantir a remoção dos RN de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora;

X. Acompanhar e monitorar o puerpério, por um período mínimo de 10 dias (puerpério mediato);

XI. Desenvolver ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Art. 6º Definir os Recursos Humanos necessários ao funcionamento do CPN:

I - equipe mínima constituída por 01 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar de serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância.

II- o CPN poderá contar com equipe complementar, composta por 01 (um) médico pediatra ou neonatologista, e 01 (um) médico obstetra.

III - a parteira tradicional poderá atuar no Centro de Parto Normal no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde.

Art. 8º Determinar que nenhum Centro de Parto Normal pode funcionar sem estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do estado ou município, atendendo aos requisitos constantes desta Portaria e legislação pertinente.

Art. 9º Definir que a construção, reforma ou ampliação na estrutura física do Centro de Parto Normal devem ser precedidas de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local.

Art. 10 Definir que as unidades que preencherem os requisitos constantes desta portaria passarão a dispor das condições necessárias para se integrar ao Sistema Único de Saúde, como Centro de Parto Normal, e receber a remuneração referente aos procedimentos.

Art. 11 Estabelecer que as Secretarias Estaduais e Municipais deverão encaminhar ao Ministério da Saúde propostas de implantação de Centros de Parto Normal inseridos nos sistemas locais de saúde e de acordo com as prioridades de organização da assistência à gestação e ao parto, no âmbito dos sistemas de saúde estaduais.

Art.12 Determinar que cabe ao gestor estadual e/ou municipal do SUS realizar as vistorias e adotar as providências necessárias ao cadastramento dos Centros de Parto Normal.

Art.13 Definir que as Secretarias Estaduais e Municipais, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos dos Centros de Parto Normal em promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto.

De acordo com a ANVISA os serviços de atendimento obstétrico e neonatal têm até dezembro/2008 para adotar medidas que incentivem o parto humanizado e a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal do país. Segundo o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, "O desafio de vincular o pré-natal ao ambiente do parto, além dos demais conteúdos incluídos pela Anvisa nas novas regras fortalece a estratégia de política pública e responde ao anseio da sociedade"

Segundo o diretor-presidente da Anvisa, Dirceu Raposo de Mello, nem sempre os direitos da mãe são observados na hora do parto, "as alterações propostas pela Agência fazem parte de um processo de conquista da sociedade, para garantia dos direitos das mães, dos bebês e dos familiares, que deve ser observado pelos serviços de saúde, e para que as iniciativas alcancem os resultados esperados é fundamental a cooperação das esferas estaduais e municipais".

O regulamento se aplica a toda a instituição de saúde no país, que exerça atividade de atenção obstétrica e neonatal, seja ela pública, privada, civil ou militar, funcionando como independente ou inserida em um hospital geral, incluindo aquelas que executam ações de ensino e pesquisa. Nem todas as normas têm prazo para entrar em vigor. Em relação à estrutura física, os serviços de saúde só terão que se adaptar quando forem realizar reforma ou ampliação. As futuras construções terão que ser planejadas de acordo com as novas regras. Os demais dispositivos, que envolvem a forma como as atividades são desempenhadas, devem ser adotados até 1º de dezembro de 2008

A enfermagem obstétrica ocupando o espaço de assistência onde somente os médicos são responsáveis gera certo desconforto entre as duas categorias, dificultando desta forma a implantação de uma política humanizada. È observado a resistência do profissional médico em entender o papel da enfermagem obstétrica atuando no centro obstétrico, entretanto é necessário um trabalho interdisciplinar para que haja respeito e valorização do saber das diversas categorias profissionais.

Para alguns autores (Davis-Floy, 1994; Wagner, 1994), a formação médica, centrada no modelo biologista cada vez mais seduzido pela tecnologia, seria incapaz de proporcionar ao profissional médico os atributos necessários para a assistência ao parto desta forma. A visão do TP e do parto como eventos de risco e a necessidade de conformá-los ao processo de produção do hospital implicam quase sempre a tentativa de regulação e controle do parto pelos médicos, levando as inevitáveis interferências.

Segundo o MINISTERIO DA SAÚDE (PARTO, ABORTO PUERPÉRIO 2001, P.38) existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Por humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor – requerem, além de boa vontade, também investimentos.

Um dos aspectos voltados á humanização da assistência ao parto está relacionada à mudança na cultura institucional, onde os serviços assistenciais deverão estar voltados diretamente às necessidades das parturientes e suas famílias. O profissional por sua vez atua de forma a manter os aspectos da fisiologia do parto, deixando fluir naturalmente, não interferindo desnecessariamente, reconhecendo assim o lado social e cultural do parto e nascimento,

desenvolvendo seu trabalho, procurando oferecer o precioso suporte emocional à mulher e sua família, para que forme laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

É notória a insensibilidade dos profissionais da área da saúde em não perceber a importância da participação dos pais no processo do nascimento. O homem pode aparecer nesta cena como grande integrante deste momento e tornar uma referência emocional ou mesmo o treinador da mulher no parto. Na grande maioria das maternidades públicas, o momento do parto torna-se um grande sofrimento tanto para o pai que fica na espera da maternidade, quanto para a gestante, que está internada e solitária.

O saber científico e a técnica estão sob o controle do profissional de saúde de forma a manter o processo do parto, deixando a parturiente submissa nesta relação, situação esta despersonalizada e geralmente os médicos reproduzem a clássica postura de poder inquestionável fazendo atendimento medicalizado e descaracterizando o TP humanizado. O profissional é visto como ator principal da cena, desta forma o corpo feminino fica subordinado ao saber não levando em conta o querer e a fisiologia da mulher.

Diminuir o sofrimento das parturientes fazendo-as sentir o TP e o parto como experiência de crescimento e realização para a mulher e família, torna-se um grande desafio para os profissionais que diretamente prestam assistência.

4.FALTAM ENFERMEIROS OBSTÉTRICOS:

Em um município do RJ na tentativa de modificar este modelo, foi iniciada a implantação da humanização do parto e nascimento na década de 90 objetivando a implantação da assistência ao parto de baixo risco por enfermeiros obstetras e não pelos médicos, sistema este já adotado com sucesso em alguns países europeus.

Com a implantação da atenção aos partos de baixo risco por enfermeiros obstetras, houve alterações nas práticas e rotinas das instituições em virtudes das mesmas se encontrarem implícitas no contexto da humanização do parto e nascimento. A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas principalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto.

A Enfermagem vem buscando seu reconhecimento como ciência, enfatizando que o cuidado é a essência de sua prática, seu ideal. Porém, o cuidar com o advento do modelo biomédico, arraigado no propósito de curar, meramente constitui-se como o cumprimento da prescrição médica, caracterizando-se como rotineiro e burocrático.

Concorda-se com CARVALHO (1987) quando aponta como ideal, o eixo norteador da existência humana responsável pela congruência de esforços, para a exteriorização das aspirações, ou melhor, dos desejos subjetivos, de forma concreta na realidade. O autor enfatiza ainda que as imposições constantes contra a efetivação dos ideais tornam os esforços repetitivos e intoleráveis. Então, a insatisfação revela-se ao indivíduo, tornando-o indiferente às injustiças, antes desprezíveis. Assim, a banalização efetua-se, adormecendo a sensibilidade do indivíduo frente às atrocidades vivenciadas. Na enfermagem, a banalização se desenvolve quando há o abandono do ideal da humanização da assistência.

Acredita-se que o cuidado como foco central da enfermagem, deverá constituir-se na interação, no contato com o paciente, no resgate do cuidado humano. Para resgatá-lo, a enfermagem precisará desenvolver uma relação interdependente, recíproca com o ser cuidado,

propiciando condições de crescimento, de aprendizagem para seu restabelecimento. O que poderá contribuir para a consolidação de novas experiências, enriquecendo a sua capacidade de cuidar, evitando um contexto reducionista.

Cumpre salientar, parafraseando WALDOW (1999), que o cuidado acompanha a vida desde o princípio. Assim, torna-se imprescindível tanto na higidez como na enfermidade e morte, representando o estímulo de gozar a vida, satisfazendo as carências humanas de relacionamento.

Todavia, o processo de cuidar não deve se pautar somente na identificação dos sinais e sintomas clínicos da doença, mas nas modificações que ocorrem na estrutura dos seres humanos as quais abalam a sua totalidade.

Observa-se que o cuidar não comporta somente a excelência na execução das intervenções de enfermagem. Mas, também a condição de que a cuidador deverá em suas ações expressar a sua sensibilidade fazendo com que o ser cuidado perceba seu interesse e respeito, transmitindo-lhe segurança.

Segundo Woldow (1999) "O cuidar parece deixar de ser um procedimento, uma intervenção para ser uma relação onde a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais efetiva". Entendendo o cuidar como cuidado humano e, que a situação de parto desperta as mais variadas reações de ansiedade na parturiente, observa-se que a equipe de enfermagem precisa estar preparada e ciente das complicações que sucedem cada reação.

De acordo com as colaboradoras estudadas por GUALDA (1993), durante o período do parto há fatores como dor, sofrimento, solidão, o próprio parto, hospitalização, estado do bebê, que amedrontam a parturiente, resultando na falta de controle das situações vivenciadas. Porém, as orientações contínuas, por parte dos profissionais da enfermagem, fornecendo explicações sobre as condições de evolução do parto, são estratégias apontadas para a superação destas dificuldades. Se a equipe de enfermagem não desenvolver um manejo correto, a experiência do parto poderá ser traumatizante, havendo maior probabilidade de complicações obstétricas.

Muitas maternidades não dispõem de meios adequados para a assistência humanizada que priorize a individualidade, a cultura, os costumes de cada mulher. Por conseguinte, ao necessitar da internação hospitalar será submetida às rotinas padronizadas desta organização, e muitas vezes, em virtude da sua situação socioeconômica dentre outros fatores, ser-lhe-á impossibilitado o direito à privacidade.

Por isso, o cuidado além de princípio da assistência de enfermagem, necessita ser a filosofia da instituição, permitindo as condições indispensáveis para desenvolvê-lo. Essas condições são recursos humanos qualificados, materiais e tecnologia, bem como a apropriada estrutura física.

É de fundamental importância considerar, que o significado do parto está intimamente relacionado com a subjetividade e a cultura de cada mulher, sendo vivido diferentemente entre as mesmas.

MALDONADO (1980) diz que

> *"se considerarmos que cada sociedade ou cada época apresenta à grávida determinados modelos de gravidez, parto e relacionamento materno-filiais, a avaliação do que constitui um bom parto está forçosamente condicionada a um determinado contexto cultural numa dada época. (...) e a própria experiência de dor é vivida de maneiras diversas (...)."*

Verifica-se então que a vivência do parto está intimamente relacionada à cultura, que pode ser entendida como

> *"O conjunto de comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade dada, sendo essas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem, e transmitidas ao conjunto de seus membros" (LAPLANTINE 1988).*

Cabe também destacar a definição de HELMAN (1994) para quem a cultura é o conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por cada membro de uma sociedade em particular, que representam a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente e de comportar-se em relação a outras pessoas. Portanto, a cultura exerce influência em muitos aspectos na vida dos sujeitos (crenças, comportamentos, percepções, imagem corporal, etc.), influenciando a questão saúde e a forma de assisti-la.

O parto hospitalizado tornou-se regra, atingindo resultados importantes para a Obstetrícia na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal. Porém, a supervalorização técnica do nascimento, a ênfase exagerada à sua fisiologia, negligencia seus aspectos psicoemocionais e sociais, sendo negado à parturiente, seu direito de experienciá-lo de acordo com os seus significados adquiridos culturalmente (GUALDA, 1993; HELMAN, 1994).

GUALDA (1993) afirma que:

> *"o parto constitui um ponto importante no processo da maternidade. Dar a luz a uma criança não é nunca simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural".*

Uma mulher grávida encontra-se num estado de vulnerabilidade e ambigüidade social, estando em transição entre dois papéis sociais – o de esposa e o de mãe (HELMAN, 1994). Neste sentido, MONTICELLI (1997) observa que:

> *"especialmente durante o processo do nascimento, a enfermeira colabora na transição dos papéis sociais desempenhados pelas mulheres, apoiando-as na definição de novos papéis (o de mãe) e na redefinição de outros já existentes (como o de esposa)".*

Porém, para uma interação eficaz e congruente a enfermeira precisa considerar a cultura de cada parturiente, se preocupando em investigar e compreender sua interpretação sobre o significado de sua atual condição. E, conseqüentemente, a repercussão dessa influência em seu comportamento, atitudes, crenças e práticas (MONTICELLI, 1997).

> *"Cada instituição exibe sua própria cultura que se constitui em ROTINAS que fundamentam a prática assistencial". Estas rotinas ou rituais caracterizam-se por procedimentos técnicos (enteroclisma, jejum, afastamento da família, indução, estimulação e analgesia...), ou seja, assistência às necessidades físicas da mulher "(GUALDA, 1997)".*

LEININGER (1991) expõe que o cuidado humano é universal, sendo experienciado diferentemente nas diversas culturas, e, em sua Teoria sobre a Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, preconiza que o conhecimento do mesmo é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem (GEORGE, 1993).

A portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998 inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra" e tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria

profissional, no contexto de humanização do parto. Atualmente, o número de enfermeiros obstetras atuando no país ainda é muito baixo, embora se estime que o número de partos realizado seja bem superior àquele registrado no SUS. Por esta razão, o Ministério da Saúde esta fomentando técnica e financeiramente a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Estão sendo apoiados 55 cursos que deverão formar especialistas em todo país. A magnitude desta ação programática está representada pela capacitação de 854 enfermeiras obstetras para a rede do SUS, cerca de 50% do número de profissionais formadas nos últimos 20 anos pelas instituições de ensino superior brasileiras.

5.PREPARAR A MULHER PARA O PARTO:

É fundamental para a humanização do parto o adequado preparo da gestante para o momento do nascimento, e esse preparo deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Isto requer um esforço muito grande, mas plenamente viável, no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde da rede básica e fornecer-lhes instrumentos para o trabalho com as gestantes. Além dos aspectos técnicos propriamente ditos, o preparo para o parto envolve, também, uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher, idealmente uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos rotineiros, entre outros.

O preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo. É importante ressaltar que esse atendimento, quando possível, deve ser oferecido à gestante e ao acompanhante, que poderá estar a seu lado durante o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando junto à mulher e experiência do nascimento. O profissional de saúde desempenha um papel relevante como facilitador para o desenvolvimento desta atenção como parte dos serviços de pré-natal. Também participa das orientações, aconselhamentos específicos e atividades, no preparo da mulher e seu acompanhante para o parto. Durante o pré-natal, a gestante deve receber orientações em relação aos seguintes temas: processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Tais conteúdos devem incluir orientações sobre anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto, as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, sexualidade e outras.

É importante considerar, nesse processo, os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as violências verbais e não verbais. Os serviços de pré-natal e os profissionais envolvidos devem adotar as seguintes medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade:

• manter o diálogo com a mulher e seu acompanhante, durante qualquer procedimento realizado na consulta pré-natal, incentivando-os, orientando-os e esclarecendo-lhes as dúvidas e seus temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério;

• informar sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no momento do trabalho de parto e parto, a fim de obter colaboração por parte da parturiente e de seu acompanhante;

• promover visitas das gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto, no sentido de desmistificar e minimizar o estresse do processo de internação no momento do parto;

• informar as etapas de todo o processo do trabalho de parto e parto, esclarecendo sobre as possíveis alterações;

• adotar medidas para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe filho e o início do aleitamento materno logo após o nascimento;

• dar à gestante e seu acompanhante o direito de participar das decisões sobre o nascimento, desde que não coloque em risco a evolução do trabalho de parto e a segurança da mulher e do recém-nascido.

Uma série de dificuldades práticas pode surgir durante a reorganização dos serviços de saúde para propiciar à gestante/parturiente uma assistência mais humanizada. Para contorná-las, alguns serviços têm proposto a criação de grupos de apoio. A implementação de grupos de apoio, com a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde, como enfermeira/o, psicóloga/o, assistente social, são fundamentais para garantir uma abordagem integral, e, ao mesmo tempo, específica para atender às necessidades das mulheres e de seus parceiros e familiares durante a gravidez. Assim, o principal objetivo de um grupo de apoio como este seria o de ajudar a mulher a lidar com as vivências, e cuidar de si durante sua gravidez, bem como prepará-la para o parto e a maternidade. O grupo de apoio aborda os aspectos cognitivos, transmitindo as informações necessárias (conteúdos educativos anteriormente citados) para os cuidados com a gravidez e o recém-nascido, os aspectos emocionais e afetivos relacionados ao estado gravídico, os aspectos referentes à preparação física para o parto, como respiração, relaxamento e os exercícios físicos que contribuirão durante a gravidez e o trabalho de parto.

Uma meta importante de um serviço que contemple estes aspectos é a de implementar o atendimento específico às mulheres grávidas utilizando recursos já existentes na rede de saúde. O atendimento poderia ser desenvolvido em uma unidade de saúde já funcionando. Podem-se utilizar os mesmos consultórios da unidade de saúde para o atendimento médico, estabelecendo um horário especifico para as atividades do programa. Para os grupos de apoio, pode-se adaptar uma sala já utilizada para reuniões de grupo e ações educativas na unidade. O objetivo destas atividades é o de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência por parte das mulheres às indicações médicas, diminuir as ansiedades e medos em relação à gravidez, parto e puerpério, incluindo as vivências e necessidades da mãe e do recém-nascido, o aleitamento materno e a contracepção. Ao mesmo tempo, também o de realizar um trabalho corporal de relaxamento e respiração para melhorar a adequação corporal ao trabalho de parto e parto, favorecendo o parto normal. Além das medidas educativas que devem ser introduzidas nos programas de pré-natal, durante a gravidez, a preparação da mulher para o nascimento compreende principalmente a adoção de medidas referentes ao trabalho corporal. O objetivo da implementação destas medidas é oferecer à mulher um melhor conhecimento da percepção corporal, bem como do relaxamento e da respiração para um melhor controle do trabalho de parto e parto. Para isso é necessário trabalhar com a gestante com exercícios próprios para cada etapa da gravidez, com o relaxamento e com os exercícios respiratórios. Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto. Os exercícios respiratórios tem por objetivo auxiliar as mulheres no controle das sensações das contrações durante o trabalho de parto. Embora realizados ainda durante o pré-natal, são dirigidos à utilização durante o trabalho de parto e parto. O ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível, conduz ao relaxamento psico-físico da mulher, do acompanhante e equipe de profissionais e indica qualidade da assistência. O

recurso da música e das cores representa formas alternativas de abordagem que buscam desenvolver potenciais e/ou restaurar funções corporais da parturiente, acompanhante e da equipe profissional. A utilização de roupas confortáveis também é uma medida importante para favorecer o relaxamento.

Na literatura médica são descritos vários métodos psico-profiláticos e de relaxamento que podem ser iniciados no pré-natal - Método de Dick- Read, Bradley e Método de Lamaze. Tais métodos pressupõem que sua utilização resulte na redução do medo, da tensão e da dor, melhorando o tônus muscular e aumentando o relaxamento, desta forma favorecendo a evolução do trabalho de parto e do parto. Enfatizam a respiração lenta, o relaxamento muscular e as técnicas para os esforços de puxos. Infelizmente, a utilização de tais métodos não tem sido motivo de estudos clínicos controlados para avaliar sua efetiva contribuição para a evolução do trabalho de parto e parto. As poucas evidências científicas disponíveis sobre este assunto têm demonstrado concretamente apenas uma diminuição na necessidade de drogas analgésicas, uma maior satisfação com o processo do nascimento e nenhum efeito adverso. Entretanto, a expectativa com relação aos resultados desse tipo de intervenção deve ser claramente explicitada para que não ocorram expectativas que não correspondam à realidade.

6.DIREITO DE SER ACOMPANHANTE: HUMANIZANDO O PARTO E COMPARTILHANDO O CUIDADO

Participação masculina no cuidado infantil. Nos anos de 2006 e 2008, o tema da campanha foi a lei federal 11.108 focando a mensagem: Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante. A lei federal 11.108, mais conhecida como "a lei do acompanhante" entrou em vigor em agosto de 2005 e tem o objetivo de garantir às gestantes o direito à presença de um(a) acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto Desde 1998, o Instituto Papai vem desenvolvendo durante a semana do dia dos pais a campanha: Paternidade, Desejo, Direito e Compromisso, voltada à reflexão crítica sobre a imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. A presença de um (a) acompanhante de escolha da parturiente durante todo o período de internação encontra-se dentre as várias recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde - OMS - para a humanização do parto e nascimento, diretriz esta que pretende reorientar a organização e a prática profissional no âmbito dos serviços de saúde a fim de respeitar e promover os direitos das mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e da eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais. O movimento pela humanização do parto e nascimento nasce com o objetivo de evitar abusos e violências que as mulheres vêm sofrendo nos serviços de saúde, como o uso de medicamentos e intervenções cirúrgicas desnecessárias e maus tratos por parte dos profissionais de saúde. Reconhecendo o parto não como uma patologia, mas como um evento natural da vida das mulheres que decidem ter filhos, pretende fazer deste momento o mais prazeroso possível para todos envolvidos.

Vários relatos científicos têm assinalado que a presença de um acompanhante durante o pré-parto e pós-parto interfere positivamente no processo fisiológico do parto, diminuindo o período de internação e recuperação e o número de cesáreas. Não fazer do parto um momento de isolação e abandono através da presença de alguém de confiança da mulher aumenta a sensação de bem-estar da mãe e do recém-nascido, o que se reflete positivamente em seus indicadores de saúde. A presença de um acompanhante pode ainda, servir de "controle social direto" do serviço de saúde, evitando abusos e procedimentos desnecessários.

Quando se pensa que este acompanhante escolhido pela mulher pode ser o pai da criança, as conseqüências positivas da efetivação deste direito podem ir para além das já apontadas pela literatura científica. O envolvimento do pai com o cuidado infantil desde os primeiros momentos pode contribuir significativamente para que esta seja uma experiência a ser vivida de maneira compartilhada pelo casal. Sabe-se que historicamente o cuidado infantil vem sendo colocado não só como uma atribuição, mas uma obrigação primordialmente feminina, acarretando uma série de desvantagens para a vida das mulheres, especialmente no tocante a sua inserção em atividades socialmente reconhecidas como remuneráveis. Ademais, a experiência do cuidado não é apenas sinônimo de privações e obrigações, esta pode ser vivida também como algo prazeroso na vida de homens e mulheres. Devemos lembrar ainda que nem todo pai é ausente e que muitos homens que desejam paternar encontram dificuldades, haja vista que os marcadores de gênero cristalizado-se nas instituições, criam barreiras concretas para o exercício da paternidade.Nas instituições de saúde, vemos a lógica: mulher cuidadora x homem ausente se perpetuar no cotidiano dos serviços através de estruturas e condutas profissionais que não estimulam o envolvimento dos homens em espaços e práticas de cuidado consigo mesmo e com o outro. Quando os profissionais de saúde são interpelados sobre a participação dos homens no momento do parto, por exemplo, é comum ouvir frases como "homem nessas horas só atrapalha, eles não estão acostumados". Ora, se os homens não estão acostumados a desenvolver práticas de cuidado e o serviço de saúde (dentre outras instituições) não só não estimula, mas impossibilita uma conduta mais participativa, como esperar que haja uma transformação?

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Mediante ao tema abordado na pesquisa, deslocamos a atenção para os locais e focos nos quais se mostram de modo mais evidente as questões do parto humanizado. A tecnologia profundamente incorporada ás práticas torna-se um importante obstáculo a humanização da assistência, questionamento e superação, é uma tarefa árdua e essencial na construção das grandes propostas para parto humanizado, pelos profissionais de saúde.

Pelo que pesquisamos podemos observar que os diferentes atores envolvidos nesta humanização, não se compreendem de forma homogênea, no entanto apresentam um amplo conteúdo de procedimentos não levando em consideração o elemento mais importante que é a parturiente. Quanto às instituições, o aumento de quantidade e a distribuição adequada de leitos poderão amenizar as distorções da assistência. O ator profissional de saúde em especial o médico, ainda continua sendo obstáculo no processo de humanização da assistência ao parto, pois o mesmo é insensível na compreensão de que o processo é fisiológico e não patológico. È importante destacar que o aumento do número de enfermeiros obstétricos vem contribuindo para pratica do parto humanizado e, no entanto vem sendo estimulado e recebendo em alguns casos consideráveis incentivo público federal com as políticas recentes do Ministério da Saúde de remunerar o parto feito pelo enfermeiro obstetra.

Outro tema relevante é a presença do acompanhante no parto, em especial a do pai, desta forma trazendo segurança e propiciando um ambiente familiar para a chegada do bebê. Outra questão é o chamado plano de parto, que são instrumentos educativos através dos quais a gestante ou o casal passa a conhecer todas as alternativas disponíveis na assistência do parto e a partir desse conhecimento, a mulher desenha seu projeto de assistência e negocia com o profissional ou o serviço.

8.REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. DF. **Manual técnico Pré-natal e puerpério**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, editora Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. DF. **Manual técnico pré-natal**. Normas e manuais Técnicos. Brasília, editora Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. DF. **Manual técnico Parto Aborto e Puerpério**, Assistência Humanizada a mulher. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, editora Ministério da Saúde, 2001.

ZIEGUEL, E.E., CRANLEY, M.S., **Enfermagem Obstétrica,** 8 ª ed, Rio de janeiro :Guanabara Koogan, 1985.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares, Elizabeth Moreira dos Santos, Maria do Carmo Leal. Aspectos da Satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, vol 20 suppl. l, Rio de Janeiro 2004.

CARVALHO, Maria Luiza Mello de. Participação dos pais no nascimento em maternidade Pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad. Saúde Pública**, vol. 19 suppl. 2, Rio de Janeiro 2003.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira, Marcos Augusto Bastos Dias. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol. 10 n. 3, Rio de Janeiro, jul/set. 2005.

ARAÚJO, Nara Regina de Albuquerque Santos, Sheyla Costa de Oliveira. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife - PE. **Cogitare Enferm**. vol 11 n. 1, Curitiba 2006.

AQUINO, E.M. L; Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. V.22, n.1, Rio de Janeiro, 2006.

A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA, ES

Adriano Campos França[1]

RESUMO

Uma das políticas de governo adotadas pelo o Ministério da Saúde, diz respeito à Avaliação dos Serviços de Saúde, bem como os atendimentos oferecidos a população. Avaliar sobre a ótica do usuário e algo novo e incipiente no âmbito das políticas publicas de saúde. O conhecimento do nível de satisfação destes usuários com o cenário do município de Boa Esperança – ES é de grande importância, pois é necessário detectar os pontos positivos e negativos do atendimento de saúde prestado á população. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, quantitativa, através da aplicação de um questionário com uma amostra de 50 pessoas, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 70 anos, escolhidas aleatoriamente, residentes em alguns bairros e distritos de Boa Esperança, onde verificamos o nível de conhecimento que os mesmos possuem sobre o tema deste trabalho. Como resultado, observamos que uma pequena parcela dos pacientes, relatam insatisfação com o atendimento prestado pela Estratégia da Saúde da Família, no que diz respeito a falta de diversos profissionais de saúde, limpeza inadequada do ambiente, pouco espaço, falta de locais disponíveis para espera, bem como melhor esclarecimento sobe o estado de saúde dos usuários dentre outros. No entanto os resultados da pesquisa foram positivos, ou seja, os usuários de modo geral encontram – se satisfeitos com todos os atendimentos fornecidos pela a Estratégia da Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVES: Estratégia da Saúde da Família. Satisfação dos Usuários. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

One of the government policies adopted by the Ministry of Health concerning the Evaluation of Health Services, as well as the psychological services to the population. To evaluate the user's perspective and something new and incipient within the public health policies. Knowledge of the level of satisfaction of users with the scenario in Boa Esperança - ES is of great importance as it is necessary to detect the strengths and weaknesses of the health care provided to the population. This is a field research, exploratory, quantitative, through a questionnaire with a sample of 50 people, of both sexes, aged between 18 and 70 years, randomly chosen residents in some neighborhoods and districts of Good hope, where we see the level of knowledge that they have about the topic of this work. As a result, we found that a small proportion of patients report dissatisfaction with the care provided by the Family Health Strategy, regarding the lack of diverse health professionals, inadequate cleaning of the environment, little space, lack of available places for waiting and better clarification climbs

---

[1] Enfermeiro Especialista da Prefeitura Municipal de Boa Esperança, ES.

the health of users and others. However search results were positive, ie, users generally find - if satisfied with all services provided by the Family Health Strategy.

KEY-WORDS: Family Health Strategy. User Satisfaction. Unified Health System.

1.INTRODUÇÃO

A Saúde da família é a estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da atenção básica. Esta estratégia começou em junho de 1991, com a fundação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

E necessário conhecer o nível de satisfação dos usuários do SUS para detectar os pontos positivos e os pontos negativos do atendimento de saúde prestado a população, e para que os enfermeiros e todos os profissionais que atuam na equipe estejam cientes desses problemas, para assim tomar decisões que favoreçam a melhoria no atendimento e consequentemente da satisfação dos usuários.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseando-se em livros de autores especializados na Estratégia da Saúde da Família, em artigos científicos disponibilizados em revistas e na Internet e periódicos, pesquisas documentais nos arquivos das bases de dados do Ministério da Saúde, Cadernos Municipais de Saúde, e nas informações disponibilizadas da Secretaria Municipal de Saúde do município, verificando a existência de dados que demonstrem a realidade do local em estudo.

Foi realizada uma pesquisa de campo quantitativa através da aplicação de um questionário com uma amostra de 50 pessoas, através de amostra de conveniência de ambos os sexos, com idades entre 18 e 70 anos, escolhidas aleatoriamente residentes em alguns bairros e distritos de Boa Esperança, verificando o nível de conhecimento que os mesmos possuem sobre o tema deste trabalho.

A pesquisa apresenta as principais reivindicações da população para a melhoria dos serviços de saúde prestados no município de Boa Esperança – ES, proporcionando assim, um direcionamento para os gestores melhorarem o atendimento de saúde prestado à população.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo ALEIXO (2002), a Atenção ou os cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, compões de um conjunto de ações básicas, articulando a um sistema de promoção e assistência integral à saúde. No primeiro quarto do século XX, nos Estados Unidos, uma série de experiências organizativas os denominados “Centros Comunitários de Saúde” utilizados para a prestação de ações de saúde, até então, quase exclusividade de hospitais e dispensários centrais, associadas a outras ações educativas e de assistência social. Os Centros de Saúde proporcionava assistência a uma dada população de risco, dentro de uma base territorial delimitada e sob a responsabilidade de uma unidade descentralizada, e um conjunto maior ou menor de atividades de assistência social, tais como: prevenção e assistência médica (pré-natal, tuberculoses, doenças venéreas, e excepcionalmente. outras), além de educação sanitária, capacitação ocupacional, algumas ações sob o meio ambiente, locais de moradia e questões de trabalho.

A Atenção Primária de Saúde (ou cuidados primários, ou cuidados básicos de saúde) deve compor de atividades básicas de saúde como: educação em saúde; métodos de prevenção das doenças; atendimento dos problemas de saneamento básico; imunização; tratamento de doenças e traumatismos comuns; provisão de medicamentos essenciais e etc (ALEIXO, 2002).

Desde a Alma-Ata em 1978, vários autores sugerem significados sobre a atenção primária à saúde. No Brasil, a definição da atenção primária à saúde vem sendo muito empregada, inclusive pelo Ministério da Saúde, que define a atenção primária à saúde como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção. Desta forma, podemos definir alguns atributos essenciais da atenção primária à saúde: o ingresso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas qualidade derivados, qualificam as ações em atenção primária à saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural (HARZHEIM, 2006).

2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

No período antecedente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária Saúde representava um ponto referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais medidas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento observa – se que cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. O Programa Saúde da Família (PSF), que tornou este debate melhor ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais. Há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição (GIL, 2006).

Segundo o MINISTERIO DA SAÚDE (2009), a atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

2.2 FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Segundo o MINISTERIO DA SAÚDE (2009**)** os fundamentos da Atenção Básica são:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da eqüidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- VI - estimular a participação popular e o controle social. Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Outras áreas ainda segundo o autor acima serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs. Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios

2.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na conservação da saúde desta comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Estratégia da Saúde da Família busca ainda desfazer os paradigmas cristalizados e incorpora o novo pensar e agir no intuito de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a obtenção de cenários, propensos a linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve analisar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista. Nota – se ainda a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, determinando ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas (SOUZA et al, 2008).

O Ministério da Saúde escolheu esse programa para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da atenção básica. Esta estratégia começou em junho de 1991, com a fundação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em Janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes, incorporou a atuação dos agentes numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas. (COSTA E CARBONE, 2004).

2.4 O MUNICÍPIO E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMILIA DE BOA ESPERANÇA

Boa Esperança foi desmembrada do município de São Mateus em 28/12/1963, pela Lei Estadual nº1912, publicado no Diário Oficial do Estado em 04/01/1964 e instalado em 03 de maio do mesmo ano. Possui uma área de 344 km^2 e limita-se com os seguintes municípios: ao norte, Pinheiros; a Oeste, Ponto Belo; ao Sul, Nova Venécia; e a Leste, São Mateus. Está localizada na Micro-Região Homogênea. A população do município foi distribuída em 3.863 na zona rural e 10.457 no meio urbano. Fazem parte de Boa Esperança os distritos da Sede e Sobradinho e as Agro-Vilas de Quilômetros Vinte, Bela Vista e Santo Antônio. Essa população é constituída de baianos, mineiros, fluminenses, sergipanos e capixabas, possuindo sua densidade demográfica de 41,63 habitantes por km^2 (COVRE, 2001).

A topografia é plana, suavemente ondulada, predominando os solos classificados como "Latosol Vermelho Amarelo Distróficos", com fertilidade de média a baixa e PH em torno de 5 e também o "Latosol Vermelho Escuro Entrófico e Podzólico Vermelho Amarelo", que têm fertilidades variando de média a alta, com um PH em torno de 5,5 a 6,0. O clima de Boa Esperança é quente, com média de 25ºC, média de temperatura mínima 20ºC e máxima de 30ºC. A média pluviométrica é de 1128,4 mm de chuva e sua maior ocorrência é nos meses de janeiro, outubro, novembro e dezembro. O município de Boa Esperança tem 692 propriedades cadastradas no INCRA, predominando as pequenas e médias propriedades, que variam de 01 a 50 alqueires de 48.400m^2 e 06 propriedades acima de 100 alqueires (COVRE, 2001).

Segundo a CAMARA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA (2010), Boa Esperança foi administrada inicialmente pelos interventores nomeados pelo Governo do Estado na ocasião: José Cirino do Carmo (03-05-64 a 27-06-64); João Cipriano de Faria (in memorian) (28-06-64 a 06-08-66); João Sodré de Souza (in memorian) (07-08-66 a 06-09-66) e Tenente Luiz de Mello (07-09-66 a 31-01-67). No dia 31 de janeiro de 1967 foi empossado o primeiro prefeito eleito pelo povo: Ramos de Oliveira Aguiar (in memorian).

Ainda para a CAMARA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA (2010), governaram o município: Ramos de Oliveira Aguiar (31-01-67 a 31-01-71); Amaro Covre (31-01-71 a 31-01-73); Emerson da Rocha Verly (31-01-73 a 31-01-77); Amaro Covre (31-01-77 a 31-01-83); Etury Barros (31-01-83 a 31-12-88); Amaro Covre (01-01-89 a 31-12-92); Joacyr Antônio Furlan (01-01-93 a 31-12-96); Agnaldo Chaves de Oliveira (01-01-97 a 31-12-00). Amaro Covre (01-01-01 a 31-12-08) Atualmente o prefeito é Romualdo Antônio Gaigher Milanese, que governa Boa Esperança pela primeira vez, juntamente com o vice Valdir Turini.

A Câmara Municipal foi instalada do dia 31 de janeiro de 1967, e era composta pelos vereadores: Jaconias Martins Costa, Alfeu Thomazini, David Covre, Aurelino José Cyprestes (in memorian), Ormindo Bernardino dos Santos, Orestes Berlique (in memorian), Emerson da Rocha Verly, Lacide Ribeiro França, (in memorian) Constantino Rodrigues e Walter Santos (in memorian), que na ocasião não recebiam pagamento pelos serviços prestados. Atualmente

é composta pelos vereadores: Adeilson Gonçalves Gomes, Cleide Helena Capetini, Edmilson Themoteo da Cunha, Lauro Vieira da Silva, Pedro José Dutra Sobrinho, Rogério Vieira da Silva, Sergio Ferreira Schimoor, Waldir Corradi, Valdir Ramos Mattushoh.(CÂMARA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA, 2013).

Segundo SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (2010), a cidade conta com uma população residente em 2008 de 13.182 habitantes, sendo que: 6.686 pessoas são do sexo masculino e 6.496 pessoas são do sexo feminino, possuindo 63,05% de mulheres entre 10 e 49 anos em idade fértil, e ainda conta com uma taxa de crescimento anual estimado de -0,41%.

Ainda para SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (2010), No ano de 2000 68,2% da população recebeu abastecimento de água da rede geral, quanto que 31,3% eram de poços ou nascente (na propriedade) e 0,6 de outra forma. No saneamento 24,6% conta com rede geral de esgoto, 46,7% com fossas rudimentar, 6,2% não tem nenhum tipo de instalações sanitárias. Entretanto 60,2% do lixo e coletado, quanto que 28,5% e queimado na propriedade.

De acordo com SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (2010), O município possui: 03 Cirurgiões Gerais; 11 Clínicos Gerais; 2 Gineco Obstetra; 4 Médicos da Família; 2 Pediatras; 1 Psiquiatra; 2 Radiologista; 13 Cirurgiões Dentistas; 7 Enfermeiros; 2 Fisioterapeuta; 1 Fonoaudiólogo; 7 Farmacêuticos; 1 Assistente Social; 1 Psicólogo; 10 Auxiliares de Enfermagem; 4 Técnico de Enfermagem.

No ano de 2008, o município contabilizou 5 Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 1 Hospital Geral, que por sua vez possuiu 10,4% das internações com permanência de 6,4 dias no setor da Clinica Cirúrgica; 17,5% de internações no setor de Obstetrícia, possuindo permanência média de 2,3 dias; 15,1% de internações no setor de Pediatria com instalação média de 3 dias; e 63,8% no setor da Clinica Médica na qual as internações duraram aproximadamente 3,6 dias. As doenças do aparelho respiratório totalizaram 51,3% de internações de crianças na faixa etária entre 1 e 4 anos, em compensação 35,3% das internações de crianças da faixa etária entre 5 e 9 anos, foram ocometidas por alguma doença infecciosa ou parasitaria, em contrapartida 45,1% do total de internações de mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos aconteceu em função de gravidez parto e puerpério. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2010).

O Programa Saúde da Família de Boa Esperança foi fundado no ano de 1997. Hoje é constituído por um Enfermeiro, um médico, um auxiliar de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, tem como objetivo estar diariamente com a população, conhecendo os problemas presentes e suas causas. Esses agentes têm treinamento para reciclagem, identificam os problemas, que são discutidos em equipe. A equipe planeja ações para cada família onde o problema foi detectado. Se o problema é pertinente a saúde, são marcadas consultas médicas ou de enfermagem na unidade de referência, se não, o caso é encaminhado à Secretaria ou Órgão competente. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012).

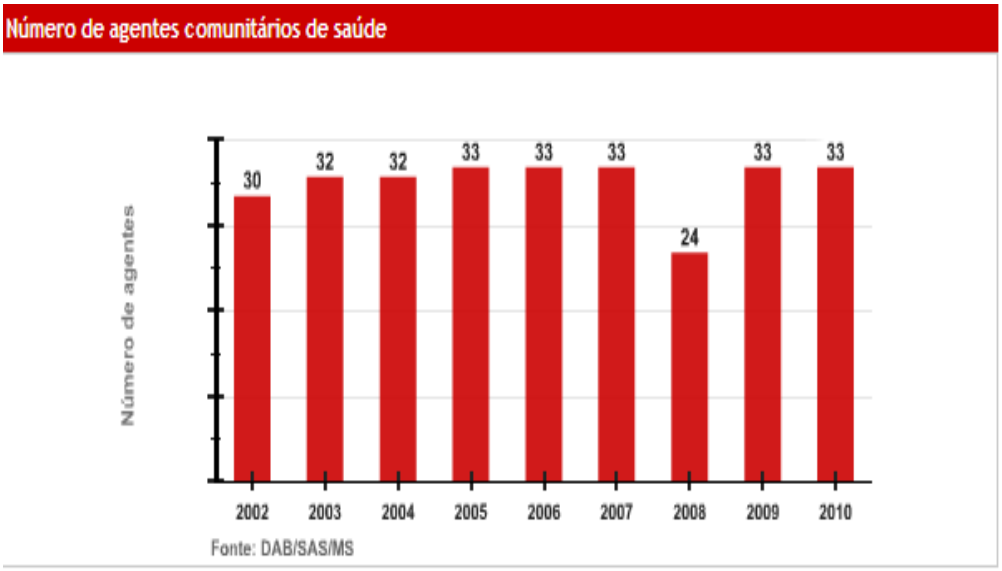


Gráfico 1 – Numero de Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Sala de Situação em Saúde, Disponível em <http://189.28.128.178/sage.

> A Estratégia da Saúde da Família de Boa Esperança é composta por quatro equipes, abrangendo 100% de cobertura populacional a todo o território municipal, esses profissionais têm a atribuição de conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase na suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Sendo assim distribuídos: 01 Coordenadora, 04 Médicos generalistas, 04 Enfermeiras, 04 Cirurgiões Dentistas, 04 Auxiliares de Consultórios Dentários, 04 Auxiliares de Enfermagem, 33 Agentes Comunitários de Saúde. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

Segundo a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (2012), O Programa Saúde da Família de Boa Esperança realiza uma vez por mês reuniões com hipertensos e diabéticos diagnosticados em consultas de rotina com verificação de pressão arterial, glicemia e agendamento para consultas subseqüentes; com as gestantes é feito um trabalho informando sobre todo o período de gestação desde a fecundação até o momento do parto; com crianças de baixo peso as mães recebem informações sobre fatores que interferem no desenvolvimento infantil, consultas e distribuição de leite; com mulheres em idade fértil, sobre a fisiologia do corpo humano e DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), as reuniões são realizadas pelo enfermeiro, conceitos e estrutura familiar pelo Assistente Social ou Psicólogo, o médico do programa realiza palestras informativas sobre métodos anticoncepcionais. Considera-se que o Programa Saúde da Família atua como medicina de prevenção, tendo em vista a busca freqüente na descoberta e tratamento de doenças. Sabemos que a medicina tradicional, também é conhecida como medicina da cura, trata a doença muitas vezes em estado avançado, pois não se preocupa em fazer a triagem e detecção dos problemas.

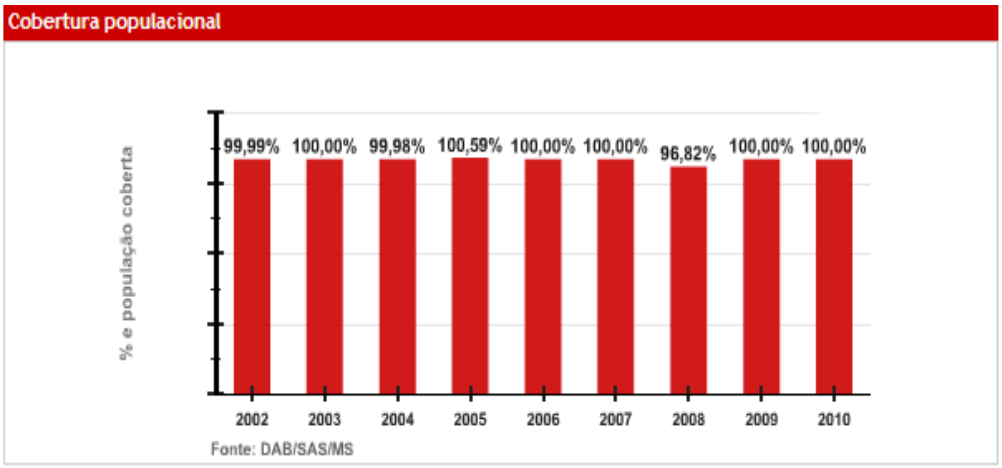


Gráfico 2 – Cobertura Populacional.Fonte:Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde Disponível em:< http://189.28.128.178/sage/>.

Acesso em 12 dez 2012.

3. AVALIACÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

A avaliação em saúde tem como objetivo avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados referentes a risco, acesso e satisfação dos cidadãos diante dos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

> O artigo 15 da Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde, em seus itens primeiro e terceiro estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população. O artigo 17 da mesma lei, em seu item sétimo, define que é responsabilidade dos Estados e dos Municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o MINISTERIO DA SAÚDE (2010), a avaliação e parte essencial no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação eficiente reordena a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Para DESLANDES (1997), a avaliação de serviços de saúde é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens. A utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros) é hoje reconhecida e amplamente divulgada. É possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de procedimentos e indicadores, poderia medir com prontidão e efetividade de determinado serviço ou programa.

Um método conhecido no campo da avaliação dos serviços de saúde e o método RAP (Rapid Assessment Procedures) que por sua vez consiste numa proposta rápida de estudo e avaliação de programas desenvolvido na década de 80, já tendo sido testado em mais de 23 países. Os estudos das representações sociais em saúde e da antropologia médica vieram mostrar que o

processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam. Assim, o sucesso ou não de determinado serviço ou programa estaria também ligado à correspondência a determinados valores, ideologias, posições de classe, status, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes. A avaliação, portanto, levaria em conta o diagnóstico crítico de se determinados serviços se coadunaria ou não aos valores culturais e expectativas dos vários atores sociais envolvidos, assim como às suas realidades sócio-econômicas. (DESLANDES,1997).

Ainda para DESLANDES (1997), o intuito básico do RAP é de que cada ação de saúde deve ser instaurada ou organizada contemplando as diferentes expectativas sociais que giram ao seu redor. O método baseia-se em articular informações estatísticas sobre determinada demanda de ação em saúde com o significado destes fatos para: comunidade, grupos e profissionais de saúde. O principal problema do RAP é a redução do método antropológico à aplicação de técnicas de pesquisa, dissociando-se as teorias que as fundamentam. O RAP é uma das propostas ainda precursoras, do campo de avaliação de serviços com as perspectivas compreensivas de análise.

Para SCHOCHI (2008), a avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde, devendo auxiliar na identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos bem como avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. Essa pratica tem como objetivo conseguir efetivar a prática da avaliação nos municípios, neste caso, é necessário que os trabalhadores sejam sensibilizados e envolvidos no processo desde o início, ou seja, na definição dos objetivos e propósitos da avaliação, dos métodos adotados e na construção dos instrumentos a serem utilizado.

Para AKERMAN & NADANOVSKY (1992), a qualidade dos serviços se relaciona com características desejáveis na prestação do cuidado como: efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade, porém para se ter um serviço de alta qualidade é muito importante que o alvo deste serviço "o usuário", não esteja insatisfeito.

Para REIS et al (1990), autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é Avedis Donabedian. Para ele,'o objetivo da avaliação da qualidade é definir o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se dirigir, de modo a evitar a exploração ou incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer cautela contínua, de tal forma que os erros possam ser imediatamente detectados e corrigidos'.

A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica. Esse tipo de avaliação está dirigido, principalmente, para uma observação da competência médica nos cuidados dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação. A avaliação compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde. (REIS et al, 1990).

Em outro modelo, Donabedian ampliou o conceito de qualidade estabelecendo os "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Eficácia é o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, levando em conta o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias. Efetividade é o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm esclarecido como alcançáveis. Eficiência é a medida do

custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Otimização, é importante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Aceitabilidade, sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Dependem da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado; legitimidade, aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral; equidade, o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. É parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para sociedade.(REIS et al, 1990).

4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE

A partir do final dos anos 70, tanto na Europa quanto nos EUA, diversos movimentos – ora entrando em conflito, ora reforçando-se mutuamente que fizeram parte de um processo mais amplo de alterações econômicas, políticas e culturais, deram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde. No setor público, os custos crescentes dos serviços de saúde foram um dos elementos que favoreceram as políticas reformadoras e de contenção de gastos, e o surgimento de novos padrões de gestão visando maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços. As primeiras pesquisas no campo da saúde, nessa década, já se referiam à satisfação do paciente aos serviços de saúde, que era conseguir ao paciente melhores resultados paralelos as consultas sobre as aceitações das recomendações, prescrições e uso adequado de medicamentos (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

VAITSMAN e ANDRADE (2005) definem que: A satisfação pode ser definida como “as avaliações positivas individuais de diferentes dimensões do cuidado à saúde”. Estas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes, a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, que desde então passou a melhor ser observada.

Esse desenvolvimento incorporou os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. Com isso os usuários não puderam mais ser ignorados, e a idéia de satisfação do paciente como uma característica da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores.

Para SILVA (1994), a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem com o cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode proceder da relação profissional/ paciente. Ou então, pode estar relacionado com aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), ou com as amenidades (ventilação, conforto, etc.) e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O grau de envolvimento do paciente ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado. No caso das doenças mentais e em diversas condições clínicas, as relações interpessoais podem interferir no processo do tratamento da doença.

Segundo ESPERIDIÃO (2006), os estudos de satisfação de usuários ganharam destaque na literatura principalmente na década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade. Neste contexto, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada

visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde. No Brasil, os estudos cresceram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no campo do SUS, por meio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. O interesse foi reforçado também porque estudos mostraram que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes para o sistema e a continuar utilizando os serviços de saúde sendo referido, ainda, que pacientes satisfeitos são mais propensos a ter melhor qualidade de vida

Vale ressaltar que no processo de avaliação de serviços de saúde pelo usuário é utilizada uma grande terminologia para designar o conceito de usuário: patient, consumer, client, costumer e user, com predomínio do primeiro, que usualmente carrega certa noção de "passividade". Os termos client, costumer e consumer são oriundos do setor privado e refletem a percepção de que o papel do usuário na campo dos serviços de saúde deve ser similar ao papel que exercem quando compram produtos e serviços no mercado. Consumer encontra-se mais relacionado à idéia de coletividade, enquanto costumer refere-se ao indivíduo. O termo "cliente" (client) designa mais diretamente aquele que paga pelo serviço. O termo "usuário" (user), por sua vez, é pouco utilizado na esfera internacional, o contrario do que acontece no Brasil, onde é empregado na literatura científica e nos documentos oficiais. A utilização desses tem como pano de fundo a assunção de que o sujeito que usa os serviços de saúde está para além de um paciente ou de consumidor, visto que especificidades colocadas no campo da saúde necessariamente incorporam noções de cidadania, pressuposta pela idéia de direito social. Quanto ao conceito de satisfação de usuários, a grande maioria dos artigos pesquisados apresenta a crítica de que as avaliações de satisfação de usuário não são capazes de fornecer um modelo teórico razoavelmente consistente que possa dar conta de sua complexidade. (ESPERIDIÃO, 2006).

5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para captação dos dados deste trabalho, foi realizada uma pesquisa quantitativa através da aplicação de um questionário para 50 pessoas de ambos os sexos, com idades entre 18 e 70 anos, que fazem uso da Estratégia da Saúde da Família do município, essas pessoas residem nos bairros: Alvorada (Boa Mira) e Vila Tavares e também no distrito de Santo Antônio.

A pesquisa apresenta as principais exigências da população para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados nas Unidades município de Boa Esperança – ES, proporcionando assim, um direcionamento para os gestores do município aprimorar o atendimento de saúde e os serviços prestados à população.

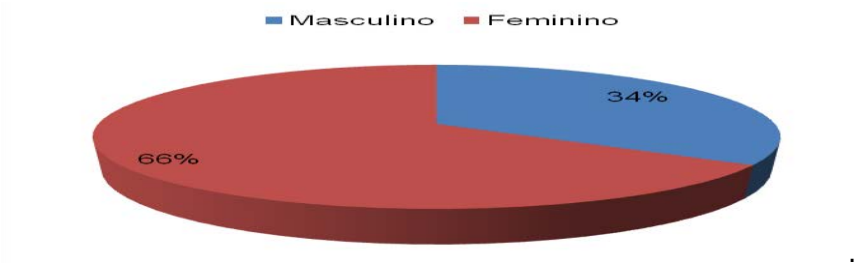


Gráfico 3 – Quantidade de usuários entrevistados

Conforme apresentado no Gráfico 3 , 66% dos entrevistados são pessoas do sexo feminino, em contrapartida 34%,dos entrevistados são pessoas dos sexo masculino

Já no Gráfico 4 abaixo, observar - se que 4% dos usuários são analfabetos, em compensação somente 4% cursou o ensino Superior, 36% estudaram até o ensino Básico (1ª a 4 ª série), 24% realizaram o ensino Médio.

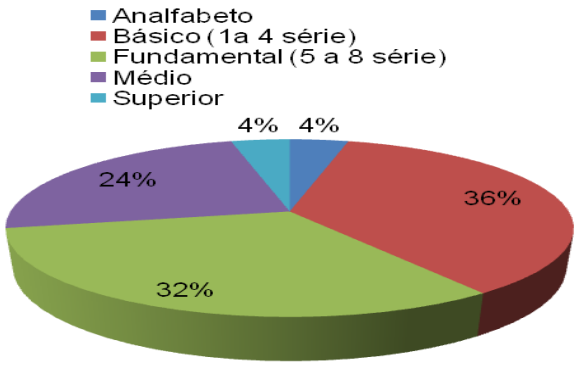


Gráfico 4 – Grau de escolaridade dos usuários

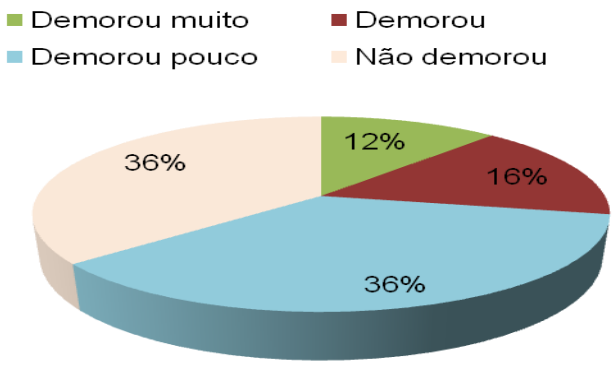


Gráfico 5 – Relação de tempo que os usuários levaram para marcar a consulta

Em relação ao Gráfico 5, nota-se que 36% dos usuários disseram que o tempo gasto para marcar a consulta não demorou, enquanto 36% relatam que demorou pouco, porém 12% expuseram que demorou muito e 16% divulgaram que demorou

VAITSMAN e ANDRADE (2005), relatam que a satisfação do paciente aos serviços de saúde, que para conseguir ao paciente melhores resultados paralelos as consultas sobre a recomendações dos pacientes, seria necessário aceitações das recomendações, prescrições e o uso adequado de medicamento.

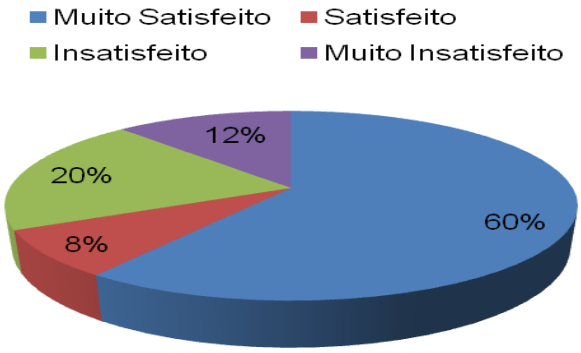


Gráfico 6 – A satisfação dos usuários com o tempo das consultas

No Gráfico 6, deixa evidente que 60% dos usuários estão muito satisfeitos com o tempo que a consulta foi marcada, enquanto que 8% estão somente satisfeito. Em compensação 20% apresentam insatisfeitos, e 12% muito insatisfeito com esse tempo.

O MINISTERIO DA SAÚDE (2004) confirma este dado, dizendo que a avaliação em saúde tem como objetivo avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados referentes a rico, acesso e satisfação dos cidadãos diante dos serviços públicos de saúde, na busca da resolutibilidade e qualidade.

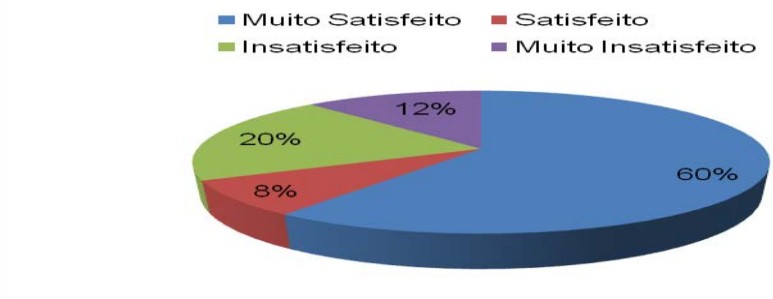


Gráfico 7 – A satisfação dos usuários em relação ao tempo de atendimento dentro do serviço

No Gráfico 7, 60% dos usuários informaram que sentem satisfeitos com o tempo que levaram para ser atendidos, 8% dos usuários referem que sentem apenas satisfeitos com o tempo que levaram para serem atendidos, em compensação 20% opinaram estar insatisfeitos, e 12% se diz estar muito insatisfeito.

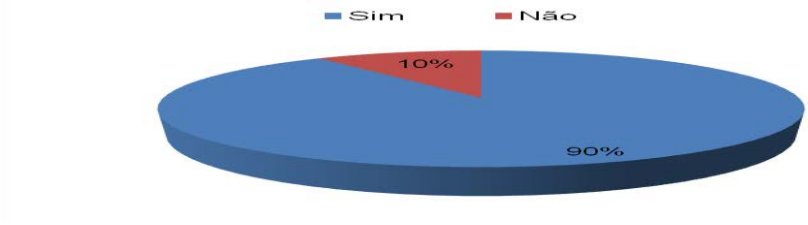


Gráfico 8 – A demonstração de educação da equipe de saúde com os usuários

O Gráfico 8 , evidencia que 10% dos usuários entendem que a equipe de saúde não demonstra educação, no entanto 90% pronunciam que a equipe sempre demonstra educação.

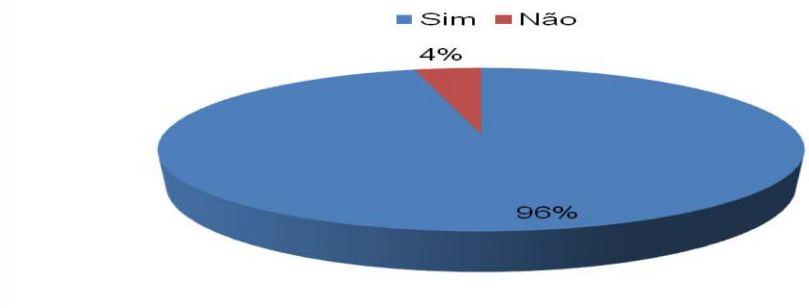


Gráfico 9 – A demonstração de respeito da equipe de saúde com os usuários

No Gráfico 9, confirma que 4% dos usuários crêem que a equipe de saúde não demonstra nenhum tipo de respeito, todavia 96% julgam que a equipe sempre demonstra respeito.

Para SILVA (1994) refere que a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o individuo tem como o cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode proceder das relações profissional/paciente

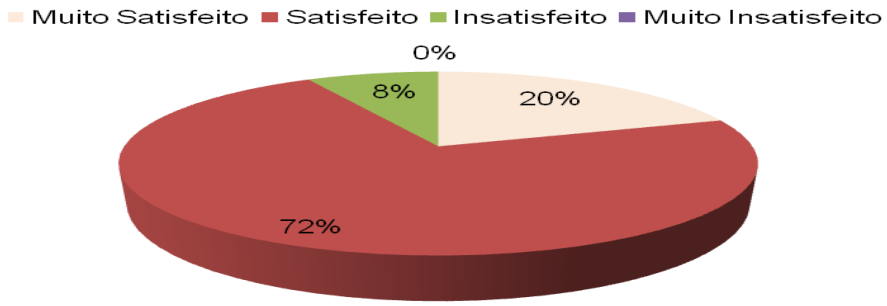


Gráfico 10 – A satisfação dos usuários em relação à (educação e respeito) da equipe

No gráfico 10, observa – se que, 20% dos usuários estão muito satisfeitos com a educação e respeito da equipe, 72% estão satisfeitos, 8% estão insatisfeito, e nenhum está muito insatisfeito.

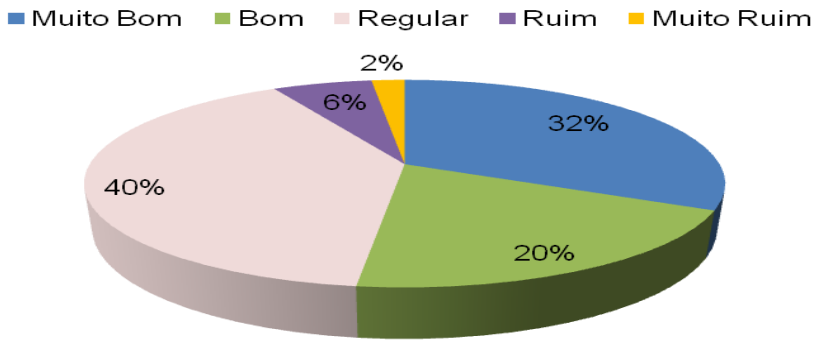


Gráfico 11 – A avaliação da limpeza do ambiente pelos usuários

Já no gráfico 11, nota – se que 32% dos usuários consideram a limpeza do ambiente muito bom, 40% avalia como regular 20% relatam que é boa, em compensação 6% analisa como ruim e 2% como muito ruim.

Segundo SILVA (1994), a satisfação ou insatisfação dos usuários pode estar relacionada com aspectos da infra-estrutura material e do ambiente dos serviços (limpeza).

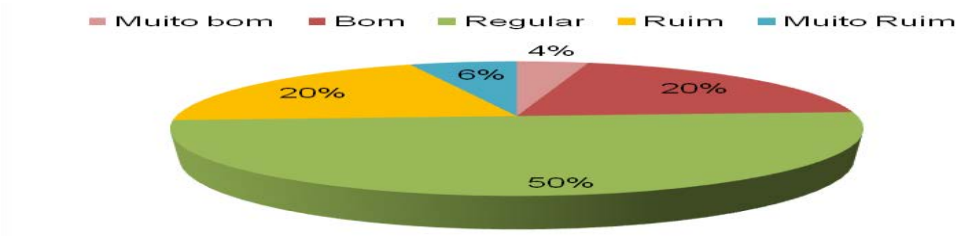


Gráfico 12 – A avaliação de conforto dos usuários com o ambiente

No gráfico 12, pode – se observar que 4% dos usuários consideram o ambiente muito bom, 50% entendem como regular 20% como bom, porém em controvérsia 20% percebe como ruim 6% como muito ruim.

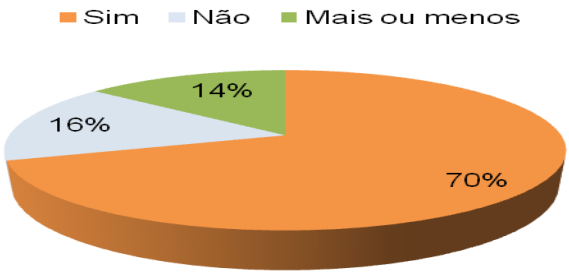


Gráfico 13 – A relação de confiança que o usuário sentiu durante o atendimento

O gráfico 13, aponta que 16% dos usuários não sentiu confiança na equipe durante o atendimento, em quanto que 14% relataram que mais ou menos, porém 70% afirmam ter confiança.

Para (REIS et al, 1990), este tipo de avaliação está dirigido, principalmente, para uma observação da competência médica nos cuidados dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para paciente com respeito à sua doença ou complicação.

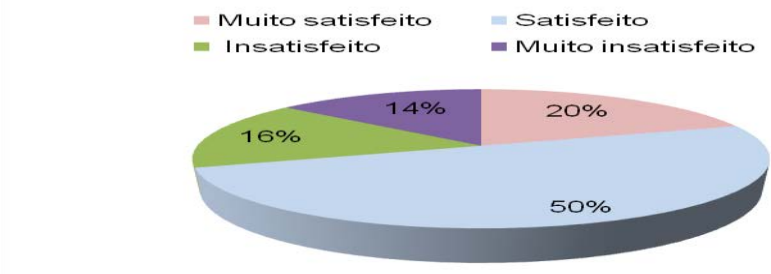


Gráfico 14 – A avaliação da limpeza e do conforto da roupa pelos usuários

O gráfico 14 evidencia que 16% dos usuários estão Insatisfeitos com o conforto e limpeza das roupas, 14% estão muito insatisfeitos, no entanto 20% consideram que estão muito satisfeitos e 50% satisfeitos.

O grau de satisfação ou insatisfação pode proceder das amenidades do local (limpeza, ventilação, conforto).(SILVA, 1994).

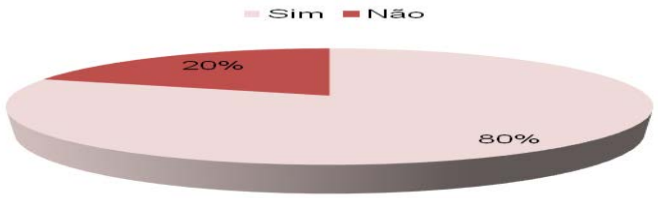


Gráfico 15 – O conjunto de informações sobre o estado de saúde dos usuários

Já o gráfico 15, 20% dos usuários afirmam que não tem esclarecimento sobre o estado de saúde, enquanto que 80% julgam que sempre tem informações sobre o seu devido estado de saúde.

Estudos mostram que usuários satisfeitos tendem a aderir melhor ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes para o sistema e continuar utilizando os serviços de saúde sendo referido ainda, que pacientes satisfeitos são mais propensos a ter melhor qualidade de vida (ESPERIDIÃO 2006)

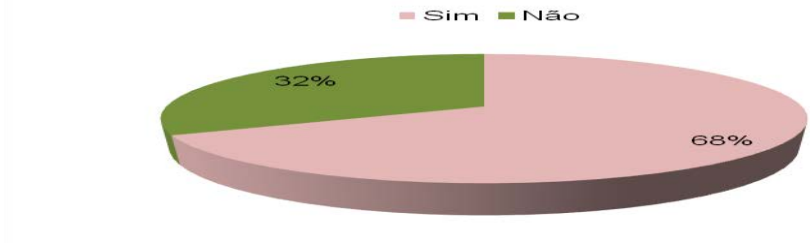


Gráfico 16 – O conhecimento do nome do profissional de saúde que atendeu os usuários

No gráfico 16, 32% dos usuários afirmam que não tem conhecimento do profissional de saúde que lhe atendeu, no entanto 68% têm conhecimento do profissional que lhe atendeu.

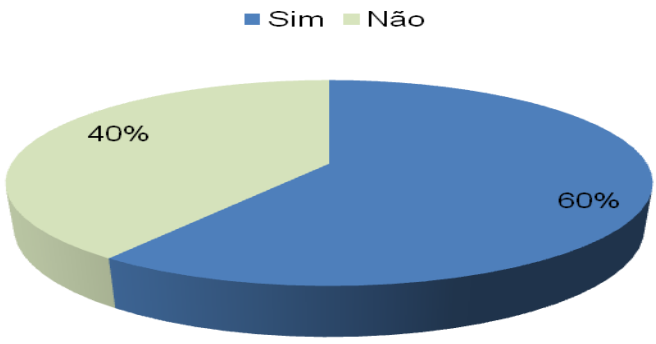


Gráfico 17 – Reclamação em relação ao atendimento na unidade

O gráfico 17 revela que 40% da população não sabem reclamar quando não e bem atendida, porém 60% sabem onde reclamar.

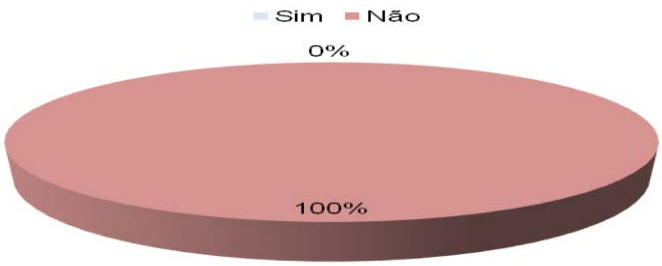


Gráfico 18 – Pagamento por procedimento recebido na unidade

O gráfico 18, mostra que nenhum usuário pagou por qualquer tipo de procedimento recebido na unidade

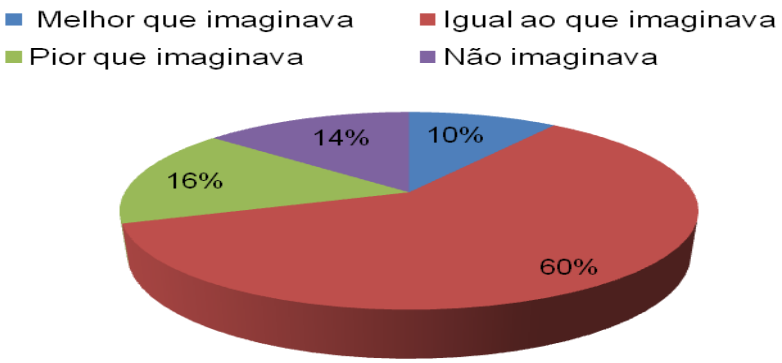


Gráfico 19 - A expectativa dos usuários em relação ao estabelecimento

O Gráfico 19, evidencia que 10% dos usuários entendem que o estabelecimento e melhor que imaginava 60% igual ao que imaginava, porém 16% relatam que e pior que imagina, e 14% não imaginava o tipo de estabelecimento.

7.CONCLUSÃO

Os estudos realizados nas literaturas, artigos científicos, sites periódicos, mostram que há preocupação em avaliar a satisfação dos usuários do SUS é grande e oportuna.

Sabe- se que existem erros inerentes nas Unidades Básicas de Saúde, como: falta de diversos profissionais de saúde, limpeza inadequada, pouco espaço, falta de locais disponíveis para espera, bem como melhor esclarecimento sobe o estado de saúde dos usuários

No entanto, a realidade demonstrada diante das pesquisas aponta grande parte dos usuários satisfeitos com a qualidade no atendimento que recebem por parte da Estratégia da Saúde da Família.

Os resultados apontados deixam evidentes as necessidades da população que por sua vez, carece de atenção, mas conforme a literatura, estudos qualitativos podem oferecer uma dimensão real do cenário estudado.

Em suma, mesmo diante de oportunidades de melhorias encontradas os resultados obtidos através da pesquisa foram positivos, a população mostrou – se satisfeita com os serviços de saúde oferecidos pela a Estratégia da Saúde da Família, porém é necessário que os gestores estejam atentos a algumas dificuldades com o intuito de me melhorarem cada vez mais o atendimento de saúde prestado à população.

8.REFERÊNCIAS

AKERNAM, Marcos; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos Serviços de Saúde: Avaliar o quê?. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n. 4 p. 361-365, out/dez. 1992.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde Publica,** Rio de Janeiro, n. 1, p. 1-16, jan/jun. 2002.

CAMARA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA, Prefeitura Municipal de Boa Esperança-Es. **Dados Políticos**. Boa Esperança: Câmara Municipal, 2013. Disponível em:< http://www.cmbe.es.gov.br/frames/frame-comissoes.htm>. Acesso em: 25 Fev. 2013.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família – PSF**: uma abordagem interdiciplinar. Rio de Janeiro: Rúbio, 2004. 192 p.

COVRE, Amaro. **A comunidade no poder, remédio para o municipalismo:** experiências do município de Boa Esperança – ES. Rio de Janeiro: Oficinas gráficas, 2001. 87p.

CRUZ, Andréa Porto da. **Curso Didático de Enfermagem**.1.ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005. 416 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da Avaliação em serviços de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 1, p. 103 - 107, jan/mar. 1997.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 208p.

ESPERIDIÃO, Monique de Azevedo. Avaliação de Satisfação de Usuários: Considerações Teóricos Conceituais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n. 22, p. 1267-1276, Jun. 2006.

FIQUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, Wiliam César Alves. **Tratado Prático de Enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yedis, 2009. 439 p.

_____, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **SUS e PSF Para Enfermagem**: Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva. 1. ed. São Caetano do Sul: Yedis. 2009, 312 p.

GIL; Célia Regina Rodrigues. Atenção primaria, atenção básica e saúde da família; sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Publica**. Rio de Janeiro, 22(6), p. 1171 – 1181, jun, 2006.

HARZHEIM, Erno, et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de avaliação da Atenção Primária (PCATooL – Brasil) para serviços de saúde Infantil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8), p.1649 – 1659, ago, 2006.

MELO, Enites Caetano Prates; CUNHA Fátima Terezinha Scarparo; TONINI, Teresa. Políticas de Saúde Pública. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 1.ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 47- 72.

MINISTERIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família – PSF. **Caderno de Saúde Publica**. Brasília-DF, 1-36p. jan, 2001.

_____. Política Nacional de atenção Básica. **Serie E. Legislação de Saúde Serie Pactos pela Saúde**. Brasília – DF v. 4, p. 1 – 68. 2009. Disponível em:http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf. Acesso em: 03 jun. 2012.

_____. **PNASS**: Programa Nacional da Avaliação dos Serviços de Saúde. 2004/2005. Brasília-DF, p.1-69. 2004. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno.pnass.pdf. Acesso em: 01 fev. 2013.

_____. Política Nacional de atenção Básica. **Serie E. Legislação de Saúde Serie Pactos pela Saúde**. Brasília – DF v. 4, p. 1 – 68. 2009. Disponível em:http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf. Acesso em: 03 jun. 2012.

PEREIRA, Lemos Adriana et al. Saúde Pública. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Tratado Prático de Enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 119 – 123.

PILETTI, Nelson; PILETTI, Claudino. **História e vida**: Brasil da Independência aos dias de hoje. 7. ed. São Paulo: Ática, 1991. 136p.

REIS, Eduardo, J, F, B et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 50-61, jan/mar.1990. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf> Acesso em: 01 dez. 2012.

SCOCHI, José Maria. Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. **Caderno de Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v. 24, 2008.

SILVA, Maria Ligia V; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em Saúde: Limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v .10. n.1, Jan/Mar. 1994. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01.out. 2012.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: Uma analise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v. 24. p 100 – 110. 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Caderno Municipal de Boa Esperança-Es. Disponível em:< http://www.saude.es.gov.br/>. Acesso em: 27 Nov. 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Prefeitura Municipal de Boa Esperança-ES. **Como funciona o PSF.** Boa Esperança: Secretaria municipal de saúde, 2012.

ANÁLISE DOS PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES DE UM DISTRITO DO EXTREMO NORTE CAPIXABA

Ana Paula Rocha do Sacramento[1]

Tagiane Pizetta[1]

RESUMO

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência, com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias. O contexto familiar tem uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual, sendo que a mesma ocorre de maneira eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de anticoncepcionais. A gravidez na adolescência pode ser considerada como sendo uma das complicações da atividade sexual quando a mesma é praticada sem a devida informação e consequente prevenção. Diante desse fato, o presente trabalho objetiva investigar os fatores que contribuem para o aumento da gravidez na adolescência do distrito de Cristal do Norte, por meio de um questionário aplicado a 10 adolescentes mães do citado local. Após a realização deste trabalho, leva-se a concluir que os fatores causadores da gravidez na adolescência não dizem somente respeito ao não acesso a informações sobre métodos de prevenção, mas também a condições culturais da adolescente que procura engravidar como forma de transformação em seu meio social, necessitando ser realizado tanto um trabalho voltado à Educação Sexual, como também uma conscientização com formação para as adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência. Gravidez. Prevenção.

ABSTRACT

Early pregnancy is one of the most significant occurrences concern related to sexuality of adolescence, with serious consequences for the lives of teenagers involved, their children to be born and their families. The family environment has a direct relationship the time of initiating sexual activity, and the it occurs in any way, to justify often the lack of routine use of contraceptives. A teenage pregnancy can be regarded as one of the complications of sexual activity when it is practiced without proper information and consequent prevention. For that reason, this work aims to investigate factors that contribute to the increase in teenage pregnancies in the district of Crystal North, through a questionnaire answered 10 adolescent mothers of that site. After completion this work leads to the conclusion that the factor cause of adolescent pregnancy not only tell about the lack of access to information about methods prevention, but also the cultural conditions of seeking pregnant teenager as a way of transformation in their social environment and requiring done so much work aimed at sexual education, also with an awareness training for adolescents.

KEYWORDS: Adolescence. Pregnancy. Prevention.

---

[1] Enfermeiras Especialistas da Prefeitura Municipal de Pedro Canário, ES.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência, com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias.

De acordo com Dadoorian (2003), no Brasil a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas que na década de 70. A grande maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa da repressão familiar, muitas delas saem de casa e quase todas abandonam os estudos.

O contexto familiar tem uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. As adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães se assemelharam à essa biografia, ou seja, também iniciaram vida sexual precoce ou engravidaram durante a adolescência. Quando a estrutura familiar não é bem definida ou possui pequenas falhas, culmina-se com erros na atualidade entre com os filhos que aí são gerados.

Heilborn (1998) considera que quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, gera conseqüências tardias e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. É por isso que muitos consideram a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual quando a mesma é praticada sem a devida informação e conseqüente prevenção.

Segundo Brandão e Heilborn (2006), a atividade sexual do adolescente é, geralmente, eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de anticoncepcionais. A grande maioria delas também não assume diante da família a sua sexualidade, nem a posse do anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual ativa. Assim sendo, além da falta ou má utilização de meios anticoncepcionais, a gravidez e o risco de engravidar na adolescente podem estar associados a uma menor auto-estima, a um funcionamento familiar inadequado, à grande permissividade falsamente apregoada como desejável à uma família moderna ou à baixa qualidade de seu tempo livre.

Tais informações podem ser verificadas ao associarmos em nosso meio a prevalência do alto índice de gravidez na adolescência no distrito de Cristal do Norte, Pedro Canário-ES. Dessa forma, surge a necessidade de se investigar os fatores que contribuem para o aumento da gravidez na adolescência do distrito de Cristal do Norte.

Assim, a realização desta pesquisa é de extrema importância, pois através da organização de dados, análise de informações e resultado encontrado, obterá uma visão geral da realidade atual da unidade de Saúde do Distrito de Cristal do Norte, com relação aos fatores que contribuem para o aumento de gravidez em adolescentes do distrito de Cristal do Norte. Através deste estudo, busca-se entender quais os fatores que predispõem à gravidez na adolescência, no distrito de Cristal do Norte, no período 2005 a 2007. A faixa etária estudada é adolescentes grávidas de 10 a 16 anos.

Em contrapartida, a unidade de saúde terá acesso aos resultados deste trabalho, beneficiando-se de material cientifico atualizado que contribuirá para prevenção e promoção da saúde de adolescentes grávidas, que terá conseqüentemente, sua autonomia e independência preservada. A finalidade deste trabalho é colocar em pratica todas as informações pesquisadas

apresentando ao gestor, para que este obtenha grandes informações e possa utilizá-las na administração do município de Pedro Canário-ES.

No presente trabalho podemos encontra informações quanto aos adolescentes, no que diz respeito ao surgimento da puberdade e seu comportamento social. Para entender o atual comportamento da sociedade no que diz respeito ao sexo, tratamos sobre a evolução sexual, abordando a sexualidade vista como expressão cultural e a sexualidade na adolescência. Logo após trataremos sobre o surgimento da gravidez na adolescência, focando-a sob o aspecto de problema social e a presença da mesma no cenário familiar. Como uma das alternativas para reversão de tal quadro, tratamos também sobre a Educação Sexual como função do indivíduo em suas ações. Nosso objeto de estudo é apresentado por meio da análise e discussão dos resultados obtidos através da entrevista realiza.

Dessa forma, após a realização deste trabalho, leva-se a concluir que os fatores causadores da gravidez na adolescência não dizem somente respeito ao não acesso a informações sobre métodos de prevenção, mas também a condições culturais da adolescente que procura engravidar como forma de transformação em seu meio social.

2 ADOLESCÊNCIA: CARACTERES GERAIS

A adolescência como um conceito plural engloba componentes biológicos, emocionais e socioculturais. De acordo com documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2002, o componente biológico caracteriza-se pelas transformações anatômicas e fisiológicas, que incluem o crescimento e desenvolvimento e a maturação sexual; o componente emocional compreende as adaptações ao corpo em transformação, às novas relações com a família e outros grupos sociais e às novas experiências; o componente sociocultural abrange a busca da identidade adulta por meio de uma crescente autonomia e independência.

A adolescência é uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, entre a infância e a fase adulta. Este período é marcado por diversas transformações corporais, hormonais e até mesmo comportamentais. É nela que a pessoa descobre a sua identidade e define a sua personalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, adolescente é o indivíduo que se encontra entre os dez e vinte anos de idade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece outra faixa etária: dos doze aos dezoito anos.

A adolescência é considerada não somente este período no qual uma criança se transforma em adulto. Não se trata apenas de uma mudança na altura e no peso, nas capacidades mentais e na força física, mas, também, de uma grande mudança na forma de ser, de uma evolução da personalidade.

A assistência familiar é de fundamental importância, a base para a formação do indivíduo maduro, adulto. É através da família que o adolescente aprende a subordinar – se à autoridade, que o adolescente inicia suas relações sociais e a partir desse aprendizado é que ele irá compor as demais interações.

É nesse contexto que, segundo MEDEIROS et al (2001, pag. 37), que “o adolescente descobre a sexualidade a partir da referência de colegas que estão nas ruas há mais tempo, assim como de experiências impostas por outros adolescentes ou adultos”. Em um estudo realizado na cidade de Goiânia, MEDEIROS et al (2001) pontuam que para o grupo de adolescentes em situação de rua abordados pela pesquisa, a prática do sexo seguro não faz parte de seu cotidiano. Em conseqüência, a adolescente está susceptível à transmissão/contaminação por doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez.

2.1 O ADOLESCENTE E O SURGIMENTO DA PUBERDADE

Diferente do que muita gente imagina, puberdade e adolescência não são sinônimos. Adolescência é o momento de mudança psíquica e social, enquanto que a puberdade é a transformação do corpo de criança para o corpo adulto (INSTITUTO KAPLAN, 2007). São essas alterações orgânicas que ocorrem tanto no menino como na menina, que criam as condições físicas para que passem a se interessar por sexo e para adquirir a capacidade reprodutiva.

As mudanças corporais acontecem de forma muito rápida e em mais ou menos quatro anos a menina já adquire corpo de mulher e passa a se comportar como tal, sendo que na mesma proporção tais fatos também ocorrem com o menino. Sentimentos dos mais variados acompanham o turbulento período da puberdade, conjunto de mudanças físicas que caracterizam a transformação do corpo da criança em adolescente.

> Ao redor dos 10 anos, a menina já pode perceber o aparecimento de pêlos claros e finos na região púbica. Dois pequenos botões no tórax insinuam o desenvolvimento dos seios. Algumas meninas exultam, irradiam de felicidade, irradiam felicidade e enunciam para a mãe e para as amigas. Outras, envergonhadas, procuram esconder.
>
> No menino, as mudanças ocorrem por volta dos 11, 12 anos. Sua maior preocupação costuma ser quanto ao tamanho do pênis. Como, em geral, desconhecem a sequência natural do desenvolvimento, apavoram-se ao observar que o órgão não cresce junto com o saco escrotal, dando a impressão que o pênis está encolhendo (INSTITUTO KAPLAN, 2007, p.35).

Diante dessas alterações, alguns jovens buscam informações com os pais ou alguém de sua confiança; outros se retraem, param de trocar a roupa na frente dos colegas, supondo que têm algum problema, e podem carregar essa insegurança pelo resto da vida.

As pessoas reagem de modos diferentes aos acontecimentos da puberdade. Isso acontece, porque cada uma pode perceber o mundo de forma distinta e ter determinadas vivências que conferem significados aos fatos, de formas diferentes entre um mesmo grupo. Além disso, a família e seu grupo social, com valores expressos no cotidiano, também colaboram muito para "colorir", a seu modo, essa concepção do que é crescer.

Tanto os jovens que aguardam com ansiedade as primeiras mudanças, como aqueles que temem que elas aconteçam, irão precisar, não só de orientação mas, sobretudo, de espaço para a expressão de sentimentos, dúvidas e expectativas que têm em relação a esse processo. Nessas ocasiões, eles poderão falar, ouvir o outro, trocar experiências, ter esclarecimentos e eliminar mitos e tabus.

2.2 O ADOLESCENTE E SEU COMPORTAMENTO SOCIAL

Após o aumento da taxa de natalidade e consequentemente da população juvenil no país, o fenômeno coincide com um cenário social e econômico adverso, com dificuldades para absorver o novo afluxo de mão-de-obra e para oferecer perspectivas efetivas de inserção social. No início da década de 70, o crescimento da população juvenil não causou maior impacto uma vez que a situação econômica do país favorecia a absorção de boa parte deste contingente. No início da década de 80, a crise econômica acompanhou uma diminuição significativa da população juvenil. Agora, após a virada do século, a situação é outra: o crescimento da população juvenil ocorre num momento de mercado recessivo, forte desemprego e incremento dos problemas urbanos, o que torna ainda mais precárias as condições de vida da população em geral (MATHEUS, 2003).

Nesse quadro, a preocupação com a adolescência não é desinteressada. Surge para as gerações precedentes quando estas se defrontam com questões que também as afetam, direta ou

indiretamente, seja por se tratar de problemas sociais que envolvem a todo, como o desemprego, a violência ou a gravidez na adolescência, seja pelo significado que a nova geração possui para as anteriores. Perguntar sobre a adolescência é, então, perguntar sobre nossa própria cultura (OLIVEIRA, 1999).

O adolescente busca respostas às questões que lhe foram transmitidas. Não é simplesmente produto de seu meio: é sujeito, que reage ativamente ao que lhe é proposto, buscando formular respostas próprias que façam sentido para ele e permitam sua inserção social. Cada geração, em sua heterogeneidade, contém a diversidade de caminhos produzidos por seus membros; porém, nas diferenças, os pares tendem a estabelecer laços de identificação que lhes facultam permanência neste momento errante. É deste prisma que se pretende tratar os ideais da geração jovem, enquanto pontos de aproximação de sujeitos que, no hiato do mundo infantil ao adulto, constroem referências comuns, a partir de experiências afins, em dado momento histórico e cultural (MATHEUS, 2003).

O ser humano, em geral, quando provocado ou estimulado, reage e oferece respostas para situações as mais diversas. E é sempre muito bom poder verificar essa capacidade humana, presente também nos adolescentes, ou melhor, principalmente neles.

A despeito da complicada relação que têm consigo e com os adultos, são capazes de realizações surpreendentes. A crença de que tudo podem, de que têm uma vida inteira pela frente faz dos mesmos sonhadores e, por isso mesmo, com grandes probabilidades de realizar os sonhos (MATHEUS, 2003).

É especialmente gratificante quando podemos perceber nos mesmos, o interesse por temas e situações da realidade do mundo, quando procuram inteirar-se e propor soluções para os problemas que afligem os mais empobrecidos e marginalizados, sendo eles ou não, resultado desse meio.

Em nosso país, onde a vulnerabilidade social de crianças, adolescentes e jovens é extremamente preocupante, poder reconhecer nestes a consciência da necessidade de resolver tal situação e, mais ainda, contar com eles para buscar as soluções é algo que nos contagia, impulsiona e impõe a nós responsabilidade e compromisso com a causa.

3 A EVOLUÇÃO SEXUAL

Para que algumas espécies fossem capazes de se reproduzir, entre elas a nossa, a natureza as fez sexuadas, criando no organismo uma necessidade vital – o sexo. Se um indivíduo não transa, ele não morre. Entretanto, se a humanidade perder o gosto pelo ato sexual, a nossa espécie morrerá. A relação sexual é a única forma natural de se conseguir que a gravidez aconteça. E isso faz desta função essencial, diferente de todas as outras. Enquanto cada pessoa é capaz de atender sozinha às suas necessidades no que diz respeito à respiração, nutrição, locomoção, crescimento e higiene, a função reprodutiva exige a participação do homem e da mulher.

Há milhares de anos, na Idade da Pedra, não se sabia que era fazendo sexo que se engravidava. E por isso, a natureza fez do sexo algo irresistível, podendo começar a acontecer por meio do cheiro do cio no ar, exatamente como todos os outros animais se reproduzem. Através da evolução descobrimos porque ocorre reprodução, aculturamos a função sexual desenvolvendo novas formas de atração e relacionamentos para atender a evolução social e econômica (INSTITUTO KAPLAN, 2007).

> Hoje, qual é o homem que reconhece pelo cheiro que a mulher está no cio – ovulando? Com o hábito de tomar banho, perfumar-se e vestir-se, por exemplo, ele

> deixou de sentir no ar este odor característico da mesma forma que se tornou capaz de ser estimulante e se estimular sexualmente fora do seu período fértil. Pois, ao longo de nossa existência, introduzimos símbolos e rituais que chamamos de erotismo e/ou romantismo – estimulantes afetivos e sexuais que despertam o desejo, tornam o outro irresistível e provocam a atração sexual, independente do processo reprodutivo. É a roupa que se veste, a forma do corpo, as palavras amorosas ou sensuais, as promessas feitas, o jeito de ser, olhar, acariciar, valorizar, se portar diante do ser desejado. (INSTITUTO KAPLAN, 2007, p.19).

Essa revolução cultural mudou a vida sexual dos humanos, fazendo com que o sexo deixasse de ser praticado apenas conforme a natureza manda, mas também segundo os sentimentos, emoções e valores que cada um adquiriu durante a vida

3.1 A SEXUALIDADE VISTA COMO UMA EXPRESSÃO CULTURAL

A sexualidade é construída de acordo com os interesses sociais, religiosos e econômicos vigentes. Durante milhares de anos o sexo era livre era o natural. Ninguém pertencia a ninguém e o que imperava era a lei da natureza; homens e mulheres se acasalavam, procriavam e cuidavam de suas crenças dentro de um sistema tribal. A fertilidade era concebida como um dom feminino, e os filhos, apenas uma cria que precisava de cuidados e proteção até serem auto-suficientes para se alimentar e se defender (INSTITUTO KAPLAN, 2007).

Com o passar do tempo veio a escassez de alimento. O homem teve de abandonar a sua vida nômade e se estabelecer num pedaço de terra e domesticar os animais. Nesse momento, percebendo os acontecimentos no cotidiano, a maternidade é desvendada e os filhos se tornam uma questão sanguínea (INSTITUTO KAPLAN, 2007).

> O homem, observando as ovelhas, percebeu que para haver a reprodução tinha de haver macho na história. E mais, que um único macho era capaz de emprenhar mais que uma fêmea num mesmo espaço de tempo. Em um momento social e econômico, no qual as colônias agrícolas se expandiam, gerando a necessidade cada vez maior de mão-de-obra, quanto mais filho melhor.
>
> O homem assume o comando do patrimônio, da família e, particularmente, da mulher. A qual, em matéria de sexo, a partir daí, só era permitido com seu proprietário. Uma marcante inversão da natureza humana, e o início do tabu do desejo sexual feminino e da fidelidade, inclusive em caso de viuvez. Essa foi uma condição árdua para a mulher, e para isso, teve que sofrer castigos, confinações, para que se atingisse o objetivo: garantir a legitimidade dos filhos. (INSTITUTO KAPLAN, 2007, p.20).

Tempos depois, as religiões, em particular a Católica, adquirem força na formação e valorização das pessoas, consagrando o casamento, difundindo o sexo exclusivamente para a reprodução, como uma doutrina.

Qualquer prática sexual que não fosse de acordo com os dogmas da Igreja era considerado pecado. Isso valia tanto para as mulheres como para os homens, e os tribunais de Inquisição não perdoavam, oprimiam e condenavam, construindo um legado de traumas e medos para confirmar a sublimação sexual e a submissão da mulher (INSTITUTO KAPLAN, 2007).

Muitos interesses sociais e econômicos se transformaram nesse último século, e com a evolução científica, desmistificaram crenças e quebraram tabus. Hoje, as pessoas podem obter a satisfação sexual, com direito à escolha de ter ou não um filho, além de manter a saúde sexual. No entanto, essa herança cultural ainda está presente em nossas atitudes.

Como parte integrante do desenvolvimento da personalidade de todo o indivíduo, a sexualidade é moldada e expressa concretamente nas relações que a pessoa estabelece desde a mais tenra idade, com ela mesma e com pessoas que lhe são significativas.

> A sexualidade é construída por três elementos primordiais: o potencial biológico, o processo da sociabilização e a capacidade psico-emocional que cada pessoa desenvolve para equacionar o conflito entre aquilo que o seu corpo pede e o que a sua sociedade permite. Neste equacionamento duas estruturas mentais são importantes: a capacidade adaptativa e a capacidade cognitiva. Ambas são responsáveis pela aprendizagem dos códigos de comportamento sociais e pela incorporação de valores embutidos neles. (INSTITUTO KAPLAN, 2007, p. 21).

Desta forma, a sexualidade, além de ser uma expressão cultural da função sexual, é também uma questão de cidadania, pois envolve valores, direitos e atitudes que dizem respeito ao ser humano como um todo – social, político, educacional, religioso, biológico, psicológico e a sua história. A sexualidade é a forma como cada um entende e interpreta seus direitos e deveres para consigo e com o grupo social ao qual pertence, em relação à sua condição de gênero, à sua função reprodutiva, à sua disposição sexual e à sua capacidade de se relacionar afetiva e sexualmente com uma outra pessoa.

3.2 A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

As regras do relacionamento afetivo-sexual entre jovens se alteraram muito nas últimas décadas. Atualmente, o adolescente possui uma vida sexual, nem sempre com o total conhecimento dos pais. Os relacionamentos juvenis guardam uma característica própria de autonomia do casal, mas também se constituem em estreita interdependência com os familiares de ambos os jovens (BRANDÃO e HEILBORN, 2006).

> A sexualidade propicia o aprendizado da autonomia, fomentando o processo de construção de si na adolescência e juventude. Compreendida como mediadora de relações sociais, ela condensa possibilidades de exercício da autonomia pessoal, tendo em vista que os contatos afetivo-sexuais juvenis encontram-se menos atrelados ao casamento e mais voltados ao desenvolvimento pessoal e interação com o outro. (BRANDÃO e HEILBORN, 2006, p.1424)

Dadoorian (2003) cita Freud (1905) ao mostrar que na puberdade se operam mudanças visando à maturidade sexual. A pulsão sexual se unifica em torno de um único objetivo, que é a função reprodutora. O corpo da adolescente sofre, assim, transformações e mudanças orgânicas que têm por objetivo a reprodução da espécie humana. Esse processo orgânico se expressa através de uma grande pressão hormonal, que impulsiona a adolescente a testar esse aparelho. Surge, então, o interesse pelo sexo, e desse ato decorre, freqüentemente, a gravidez.

Estrutura-se um território próprio, íntimo, que permite ao adolescente afirmar uma identidade de gênero, mediada pelo aprendizado da sexualidade com o parceiro. Construir um vínculo afetivo-sexual, diferente da amizade, constitui-se em forte via de individualização juvenil. Nessa fase, a dedicação aos estudos é uma exigência familiar e condensa expectativas mútuas quanto à definição futura da carreira profissional (INSTITUTO KAPLAN, 2007). Em geral, o desempenho escolar encontra-se sob forte tutela parental. A "liberdade" experimentada na socialização afetivo-sexual pode funcionar como contrapartida à heteronomia nos estudos. Esse aprendizado relacional, no qual a lógica de gênero tem papel decisivo, requer o domínio das regras da negociação a dois, seja em uma relação estabelecida ou parceria ocasional. A gravidez pode integrar esse percurso, porque a interiorização das normas de contracepção e seu subseqüente controle são ainda incipientes (GAMA, 2002).

4 O SURGIMENTO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas. As mudanças no estatuto infantil, o redimensionamento da autoridade parental, as novas normas educativas, as transformações nas relações de gênero e entre gerações compõem novo cenário social e familiar. A extensão da escolarização e dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho acentuam a dependência dos jovens em relação aos pais. De acordo com BRANDÃO e HEILBORN (2006), alguns autores designam esse adiamento das condições de emancipação juvenil como "prolongamento da juventude.

No entanto, o alongamento da dependência familiar não se torna impeditiva ao exercício da autonomia nessa fase da vida, na qual a sexualidade tem grande importância.

Nos últimos anos, a incidência de gravidez na adolescência vem aumentando significativamente, tanto no Brasil como no mundo. No Brasil, observa-se que, apesar do declínio das taxas de fecundidade desde o início dos anos 70, é cada vez maior a proporção de partos entre as adolescentes em comparação com o total de partos realizados no País. Segundo dados estatísticos do SUS relativo a 2000, dos 2,5 milhões de partos realizados nos hospitais públicos do país, 689 mil eram de mães adolescentes com menos de 19 anos de idade. A maioria das adolescentes grávidas pertence às classes populares (DADOORIAN, 2003).

De acordo com Cardoso e Durand (2001), os elevados índices estatísticos de gravidez na adolescência provocaram um maior interesse sobre essa questão por parte dos profissionais de saúde brasileiros. A literatura existente relaciona essa situação às mudanças sociais ocorridas na esfera da sexualidade, as quais provocaram maior liberalização do sexo, sem que, simultaneamente, fossem transmitidas informações sobre métodos contraceptivos para os jovens. Segundo esses profissionais de saúde, a gravidez na adolescência é indesejada, sendo enfocada como uma situação que deve ser solucionada através da diminuição do número de gravidezes nessa população. A fórmula encontrada para resolver essa questão se reduz aos programas de informação sexual.

4.1 A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA VISTA COMO UM PROBLEMA SOCIAL

O aumento da ocorrência da gravidez na adolescência em países em desenvolvimento tem despertado o interesse de pesquisadores e profissionais de saúde, tendo em vista a associação dessa condição com baixos níveis de escolaridade e condições financeiras e piores resultados perinatais (SIMÕES et al, 2003).

Nem sempre a gravidez na adolescência foi, ou é, um problema social. A inserção dos jovens na vida social adquire formas e importâncias muito diferenciadas ao longo da história, variando de sociedade para sociedade, de cultura para cultura e de acordo com o contexto econômico de cada lugar e época. No Brasil atual, a sociedade define a faixa dos 12 aos 20 anos como período no qual os adolescentes convivem em um contexto de dependência econômica familiar, visando o desenvolvimento escolar e a preparação profissional, assim como nos cita o Instituto Kaplan (2007, p.11).

A gravidez e a maternidade na adolescência interrompem essa trajetória e se fazem emergir socialmente como problema e risco a serem evitados. Muitas famílias não vêem isso como uma ruptura social; aliás, até solidarizam com a gravidez. Mas, fato é que com toda a miséria com a qual a população brasileira convive – segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), numa lista de 175 países, o Brasil ocupa a 65ª posição no Índice de Desenvolvimento

Humano (IDH) – a gravidez na adolescência torna-se uma violência contra a mulher, o homem e a sociedade, quando não é planejada e nem fruto de uma decisão consciente do casal (INSTITUTO KAPLAN, 2007, p.11).

Falar de gravidez na adolescência é falar de exclusão social, de aumento da pobreza e de evasão escolar, questões centrais dos programas de desenvolvimento social, com as quais milhares de pessoas convivem em nosso país. De acordo com o Instituto Kaplan (2007, p.11), o indicador de maior relevância na avaliação de melhoria do IDH dos municípios brasileiros é a educação. E o grau de escolaridade da mulher é um dos itens pesquisados.

A mulher tem papel significativo na geração da renda familiar; e quando há uma separação do casal ou omissão de paternidade, é ela, em geral, quem assume a família. De acordo com o Projeto Juventude, do Instituto Cidadania, citado por Instituto Kaplan (2007, p.11), há uma forte correlação entre o índice de gravidez na adolescência, baixa escolarização e renda. Segundo esse estudo, em 2001, das jovens de 11 a 19 anos que tiveram filhos, 81,2% estavam fora da escola e sua renda média familiar *per capita* era de meio salário mínimo.

> Famílias que ganham até um salário mínimo *per capita* concentram 65% das adolescentes grávidas, também é o que indica outra pesquisa, Juventude e Sexualidade, da Unesco. O número de adolescentes e jovens brasileiras grávidas é hoje 2% maior do que na última década. Segundo dados do Datasus – Ministério da Saúde -, 26% dos bebês nascidos vivos no Brasil em 2004 são filhos de meninas com idades entre 10 e 19 anos. (INSTITUTO KAPLAN, 2007, p.11).

Esse quadro mostra que a gravidez na adolescência, ao ajudar a engrossar o índice de evasão escolar, contribui para o aumento da pobreza e da exclusão social. Primeiro porque, apesar de a legislação escolar garantir a continuidade do estudo para a aluna, não existem programas que apoiem jovens grávidas e mães a continuarem os estudos.

Ao contrário, muitas adolescentes sentem-se pressionadas a sair da escola porque são submetidas a constrangimentos pelos diretores, professores, colegas e pais dos colegas. Em segundo lugar, elas não contam com serviços públicos, como creches, onde poderiam deixar os filhos no horário das aulas. Dessa forma, acabam assumindo a responsabilidade dos afazeres domésticos, ou a obrigação de contribuir com a renda familiar. Esse último fator atinge também os garotos que, por necessidade, trocam a escola pelo trabalho para poder sustentar a criança.

A gravidez e o risco de engravidar podem estar associados a uma menor auto-estima, ao funcionamento intrafamiliar inadequado ou à menor qualidade de atividades do seu tempo livre. A falta de apoio e afeto da família, em uma adolescente cuja auto-estima é baixa, com mau rendimento escolar, grande permissividade familiar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar na maternidade precoce o meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém. A facilidade de acesso à informação sexual não garante maior proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada (KASSAR et al, 2006).

Mesmo assim, não podemos deixar de lado a importância da Educação Sexual no fenômeno da gravidez na adolescência e do conhecimento da sexualidade. A sexualidade é construída de acordo com os interesses sociais, religiosos e econômicos vigentes. Muitos desses interesses transformaram-se neste último século, e com a evolução científica, desmistificaram crenças e quebraram tabus. Hoje, as pessoas podem obter a satisfação sexual, com direito a escolha de ter ou não um filho, além de manter a saúde.

No entanto, para as adolescentes, especialmente aquelas em situação de risco social e pessoal, a maternidade pode adquirir um caráter de centralidade em suas vidas, sendo um importante

fator na sua constituição pessoal e social, pois traz interferências sobre novas formas de relacionamentos e reconhecimentos sociais e de atuação em seu cotidiano. Tal caráter também é percebido no momento em que buscam alternativas de vida para si e para seu filho, que propicia um momento importante para o desenvolvimento ações de saúde e sociais que visem oferecer assistência adequada e efetiva para essa população. Nesse sentido concordamos com SARTORI & VAN DER SAND (2004) quando apresentam a estratégia grupal na assistência à gestante como um importante espaço de trocas de experiências e criação e/ou fortalecimento de vínculos entre as participantes, tornando-se assim uma importante ferramenta como forma de assistir de modo integral às pessoas, no caso as adolescentes. O que ocorre é a necessidade de aproximar a aprendizagem sexual da realidade dos jovens para que eles assumam as responsabilidades sobre suas condutas sexuais.

4.2 A GRAVIDEZ NO CENÁRIO FAMILIAR

Não há dúvida de que a parentalidade na adolescência agrava sobremaneira a dependência familiar dos jovens, em todos os sentidos. O apoio financeiro, doméstico e afetivo permite que eles superem muitos obstáculos e enfrentem os desafios da carreira escolar e profissional, da convivência com o parceiro e familiares dele. As diferenças de gênero, após o nascimento dos filhos, tendem a se tornar mais expressivas, provocando inúmeras desavenças entre os jovens casais (BRANDÃO e HEILBORN, 2006).

> A sobrecarga feminina no exercício da maternidade demonstra a persistência de hierarquias de gênero, mesmo entre gerações mais jovens. Certamente, essa situação agrava as cobranças na relação intergeracional, tornando-a mais conturbada. Novas negociações devem ser efetivadas entre jovens e seus pais para viabilizar em conjunto os cuidados do recém-nascido. Ocorrem inúmeros conflitos na família, decorrentes do descumprimento das tarefas domésticas estipuladas para as jovens, da convivência do neto com outras crianças da casa, da presença cotidiana do(a) parceiro(a) da(o) filha(o) no ambiente familiar, de interdições aos parceiros mal quistos. Uma nova gestão doméstica é instalada no ajuste das obrigações e direitos de cada um. (BRANDÃO e HEILBORN, 2006, p.1428).

No entanto, mesmo diante desta situação, na maioria das famílias prevalece a decisão parental de que o nascimento da criança não deve impedir o curso previsto para a trajetória juvenil. Em geral, a condição de dependência juvenil não se torna impeditiva do exercício da autonomia, acepção compartilhada pelos jovens e seus pais. São promovidas adaptações, reajustes frente à chegada do neto, mas há um compromisso fundamental entre pais e filhos no sentido da manutenção do projeto de individualização juvenil, tal qual ele vinha sendo delineado antes da gravidez.

Embora a gravidez na adolescência seja um evento que provoque alterações na vida dos envolvidos, neste caso, pais da criança e demais familiares, em distintos segmentos sociais, não há uma ruptura ou inflexão significativa dos laços familiares entre os envolvidos. Apesar da situação, o apoio parental busca preservar o projeto de individualização dos filhos (BRANDÃO e HEINLBORN, 2006).

Comparar a experiência da gravidez na adolescência nos diferentes segmentos nos permite compreender tal situação. Em geral, nos segmentos populares, a gravidez promove mudanças nos hábitos dos jovens pais. Eles passam a ocupar outras posições sociais decorrentes dos laços familiares e da mudança do estatuto conjugal, o que lhes atribui maior reconhecimento social junto à sua comunidade. Comumente, a parentalidade na adolescência nas camadas populares gera um deslocamento de posição dos jovens em relação às famílias de origem, pois eles desejam constituir suas próprias famílias. Sendo assim, acabam estabelecendo outro

núcleo doméstico próximo ou residem junto à família de um deles, recebendo o apoio dos familiares (BRANDÃO e HEILBORN, 2006).

> Nas camadas médias, a parentalidade na adolescência não acelera o curso da vida, nem se constitui em rito de passagem à posição social de adulto. O estatuto social dos jovens não foi alterado, nem as posições que ocupavam nas famílias de origem. Os entrevistados privilegiam a via do "crescimento pessoal", postergando para o futuro a efetivação dos projetos profissionais e conjugais. O nascimento do filho, embora dificulte e torne bem mais problemática tal transição, sobretudo para as mulheres, que não conseguem dividir os encargos referentes aos filhos eqüitativamente com os respectivos parceiros, não impõe reformulações que coloquem em xeque tais expectativas. (BRANDÃO e HEILBORN, 2006, p.1428).

Dessa forma, Brandão e Heilborn (2006), concordam que mesmo que esses jovens se deparem com barreiras agravadas pela ilegitimidade social dos familiares em tais circunstâncias – fomentada pelos estereótipos sociais sobre a "irresponsabilidade" adolescente – a possibilidade de torná-la um evento que contribui para a afirmação da identidade pessoal juvenil não pode ser desprezada, já que algum aprendizado sempre acaba sendo aproveitado depois de tais circunstâncias.

5 EDUCAÇÃO SEXUAL: UMA AÇÃO NOSSA DE CADA DIA

A construção dos alicerces que compõem a sexualidade começa na infância: a capacidade de se ligar afetivamente, a identidade sexual, o registro de climas e situações que acusam excitação, o respeito, a confiança em si e no outro, a permissão ao prazer sexual, a segurança, a imagem corporal, as normas sociais, entre outros (INSTITUTO KAPLAN, 2007, p.23).

Desde muito cedo, os pais se encarregam de educar sexualmente seus filhos de maneira informal, passando seus valores e crenças através da convivência. Simultaneamente, as relações sociais favorecem trocas intensas de informações sobre normas de conduta.

Esse amplo conjunto de influências exercidas, direta ou indiretamente sobre os indivíduos, recebe o nome de Educação Sexual. Essa educação não é um privilégio só dos pais, mas de todos aqueles que tem um papel significativo na vida de outras pessoas, principalmente, crianças e adolescentes.

Segundo o Instituto Kaplan (2007, p.23), "a Educação Sexual está presente nas atitudes nos valores, nas informações e convicções que são transmitidas de maneira informal na relação com crianças, adolescentes e adultos." Para fazer e receber Educação Sexual, não existe hora marcada e nem idade definida.

A proibir ou permitir certas manifestações, ao optar por informar aos pais sobre as atitudes do seu filho, ao reforçar ou desencorajar um comportamento ligado aos papéis sexuais, a escola, por exemplo, transmite valores, mais ou menos rígidos, de acordo com sua cultura e as crenças dos seus profissionais.

Nos últimos tempos, a sociedade sofreu mudanças importantes no estilo de vida e nos costumes, deixando de exercer, ativamente, o controle da vida sexual dos jovens, em função da diversificação dos valores que regiam a Educação Sexual.

Na atualidade, o que vale em termos de condutas sexuais é a convicção pessoal e os conhecimentos científicos, não sendo tais valores iguais para todos (INSTITUTO KAPLAN, 2007).

Sexo não pode ser mais um tema proibido nas conversas com crianças e adolescentes. O diálogo do silêncio, que era adotado socialmente em relação à sexualidade, tornou-se fato do passado diante da liberdade sexual vigente e do estímulo à erotização presente na mídia, na internet e na convivência social.

De acordo com OLIVEIRA (2002), a orientação sexual é uma intervenção no processo educacional de caráter preventivo, intencional e sistemático, através de informações e reflexões sobre fatos e experiências ligados à sexualidade.

Dessa forma, mesmo entendendo que existem razões para que muitos profissionais de saúde e educadores não se sintam confortáveis em conversar sobre sexo com os jovens, é fundamental fazer um esforço e se dispor a difundir informações que auxiliem no desenvolvimento pessoal do adolescente, através de intervenções na Educação Sexual que promovam a saúde e a responsabilidade sexual, ou seja, a Orientação Sexual.

O exercício da sexualidade pode ser fonte de imenso prazer e de expressão de sentimentos. No entanto, também pode ser fonte de graves transtornos na vida pessoal e social de um indivíduo, uma vez que combina com a possibilidade de contrair alguma doença ou a ocorrência de uma gravidez indesejada.

Sendo assim, discutir a sexualidade é também adquirir novos conhecimentos sobre si mesmo e em relação ao outro, e entender como as atitudes e as decisões individuais podem se refletir no meio social.

6 METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza como sendo uma pesquisa de campo com questionário aplicado. O local avaliado denomina-se Cristal do Norte, distrito de Pedro Canário – ES.

Em 1949, o senhor Pedro Canário Ribeiro abre sua pensão e um pequeno comércio de secos e molhados. O local transformou-se em referencial dos caminhoneiros que se dirigiam a Nanuque ficando conhecido como parada Pedro Canário, de onde se originou o nome do município. No mês de julho de 1957, chega ao povoado a empreiteira responsável pela construção do trecho São Mateus-ES/ Mucuri-BA, da atual BR 101, concluído em 1962. Este advento foi o grande propulsor do povoado de Pedro Canário. A terra rural é super valorizada e surgem os primeiros loteamentos urbanos que formaram a sede do município.

Em 23 de dezembro de 1983, Pedro Canário foi emancipado pela Lei nº 3.623 e tornou-se o 58º município do Estado do Espírito Santo. Teve seu primeiro processo eletivo em 16-12-84 e foi definitivamente instalado em 12-01-85. O primeiro prefeito municipal foi Francisco José Prates, seguindo-lhe Mateus Vasconcelos, Mozart Moreira Hemerly, Ataídes Canal por dois mandatos, Francisco José Prates por mais um mandato e o mais novo eleito é Mateus Vasconcelos, para mais um mandato.

Economicamente o município destaca-se na produção agrícola em cultura como mamão, abóbora, mandioca, pimenta do reino, laranja, maracujá entre outras, A pecuária de corte e leite também exercem grande influência.

O distrito de Cristal do Norte é de total importância para o desenvolvimento de Pedro Canário. Sua economia baseia-se em produção de álcool com a cana de açúcar através da empresa do grupo *Infinity Bio-Energy*, lavouras de café, mamão e recentemente com plantio de goiaba incluindo a produção de leite gerando muitos empregos e renda para a região. Sua população é de 5.500 habitantes e aproximadamente 800 adolescentes. Consta-se uma unidade de saúde municipal pública e dois prontos-atendimentos privados. Na unidade de saúde pública é composta por um enfermeiro, um técnico de enfermagem seis agentes comunitários e um médico. Na área da educação encontra-se uma escola estadual e uma municipal e uma creche. No distrito destaca-se a qualidade do álcool que é reconhecido mundialmente e o grande número de empregos oferecidos.

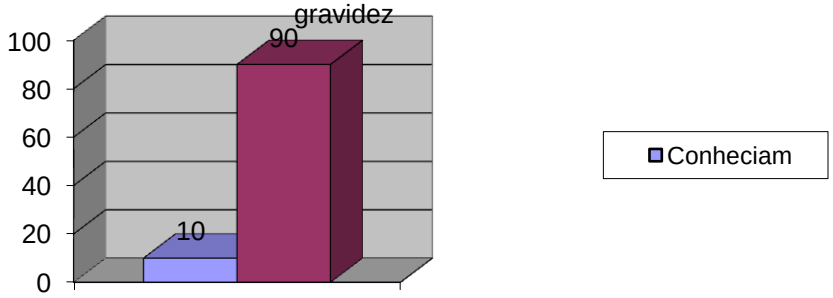
É nesse cenário que se desenvolve a pesquisa proposta. Diante dos altos índices de gravidez no local avaliado, como também em outras partes de nosso país, são selecionadas 10 mães

adolescentes com o objetivo de se identificar os fatores predisponentes para tal ocorrência em adolescentes do distrito de Cristal do Norte.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

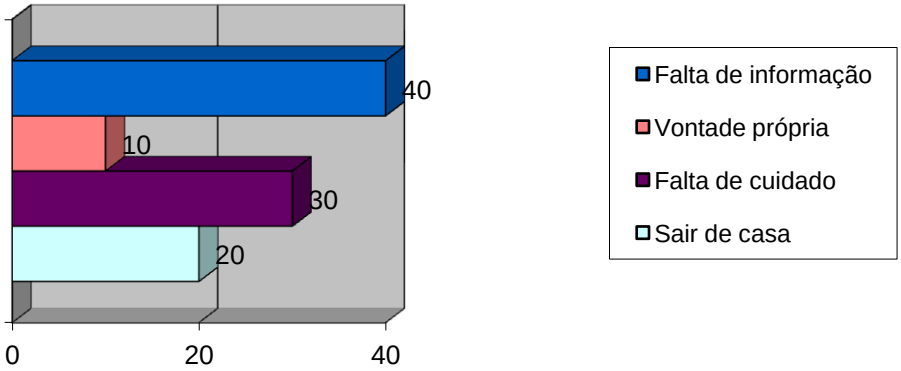
Na entrevista realizada com mães que tiveram sua gestação durante a adolescência, quando questionadas sobre o conhecimento de métodos anticoncepcionais, apenas 01 entrevistada relatou o conhecimento do método, afirmando ter engravidado por não pensar muito nas conseqüências, alegando que via o sexo como "curtição". As outras 09 entrevistadas afirmaram que não conheciam o método, tendo como razão principal referente à época a não atuação do Programa de Saúde da Família (PSF) com instruções de enfermeiros e agentes de saúde com o trabalho voltado aos adolescentes e jovens; a não atuação dos pais como agentes de educação, não conscientizando os filhos sobre tal tema; e por último o papel da escola, que atuava de forma muito superficial com o assunto.

Gráfico 01: Porcentagem de adolescentes entrevistadas que tinham conhecimento de métodos anticoncepcionais à época de gravidez



Quando indagadas sobre os fatores que levaram à gravidez, mesmo com o conhecimento de alguns métodos, dentre as entrevistadas, 02 afirmaram ter engravidado por quererem sair de casa e constituir família; 03 afirmaram realmente não ter cuidado, conhecer os métodos, e às vezes terem medo de utilizá-los e os pais descobrirem; 01 dentre as entrevistadas afirmou ter engravidado com consciência pois já estava casada, mesmo que muito cedo, mas gostaria de ter um filho, chegando a interromper o uso da pílula anticoncepcional; enquanto que as outras 04 relataram falta de informação, afirmando até mesmo não procurar orientação para que, por exemplo, pais ou outras pessoas descobrissem que estavam tendo atividade sexual.

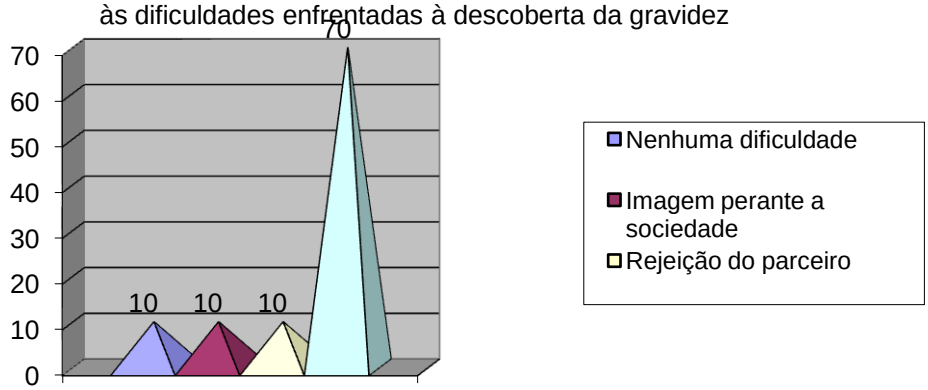
Gráfico 02: Porcentagem de adolescentes entrevistadas de acordo com os fatores que a levaram à gravidez



Ao se fazer o questionamento a respeito das dificuldades ao descobrirem a gravidez, somente 01 das entrevistadas relatou não ter vivido nenhum problema familiar e nem financeiro, tendo também tido o total apoio do parceiro durante a gestação. No entanto, a mesma ainda relata ter tido problemas com o parceiro após o nascimento da criança. Dentre as entrevistadas, 01 afirmou ter tido como principal barreira a imagem dela perante outras pessoas, já que não sabia o que se poderia pensar dela. A rejeição inicial do parceiro foi a dificuldade citada por 01 dentre as entrevistadas, já que o mesmo achava que ela não tinha idade suficiente para ser mãe, sendo que esta também citou as condições financeiras e os pais logo após.

Todas as outras 07 entrevistadas relataram como fatores de enfrentamento após a descoberta da gravidez a não aceitação dos pais com conseqüentes dificuldades de relacionamento familiar e associada a essa situação as dificuldades financeiras, tanto por parte da família de renda baixa quanto por parte do parceiro, por vezes, sem ter nenhuma ocupação.

Gráfico 03: Porcentagem de adolescentes entrevistadas em relação às dificuldades enfrentadas à descoberta da gravidez

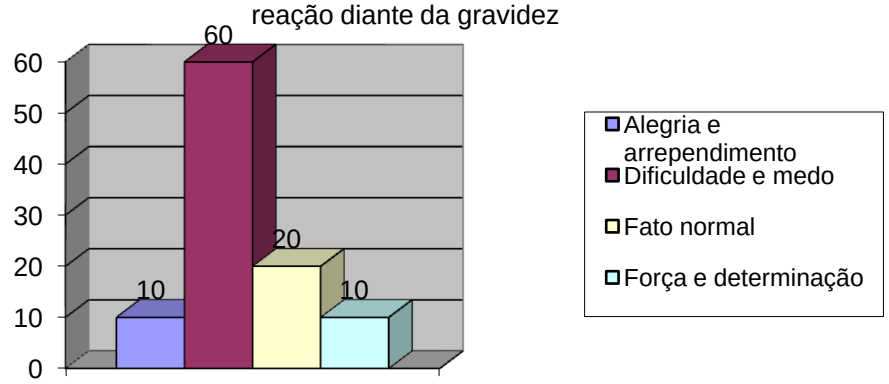


Ao falarem sobre como reagiram diante da situação da maternidade na fase de adolescência, 01 entrevistada afirma ter encarado com muita alegria na fase inicial, mas cita que agora sua vida mudou completamente, pois não tem mais a vida social anterior e seu corpo também passou por mudanças, não sendo mais como antes, ou seja, arrepende-se de tal passo dado. Dentre as entrevistadas, 06 delas relataram ter visto toda a situação com muita dificuldade, sentindo-se por vezes assustadas e com medo já que não tinham muitas informações. Já 02 delas afirmaram ter se sentido feliz e ter encarado como algo normal e 01 dentre as entrevistadas afirmou que encarou toda a situação com muita força, coragem e determinação para que seus compromissos, como por exemplo, os estudos não fossem deixados a segundo plano.

Diante de tal resultado, de acordo com Dadoorian (2003), apesar das situações dramáticas que essa situação lhes acarreta, como, por exemplo, o abandono dos estudos ou o seu adiamento, maior dependência econômica dos pais, visto que a maioria das jovens continua morando com os pais após o nascimento do filho, já que o pai da criança é, na maioria dos casos, também adolescente; mesmo com todas essas dificuldades, é bastante comum ouvirmos a adolescente dizer que está contente com a perspectiva de ser mãe e que quer ter um filho.

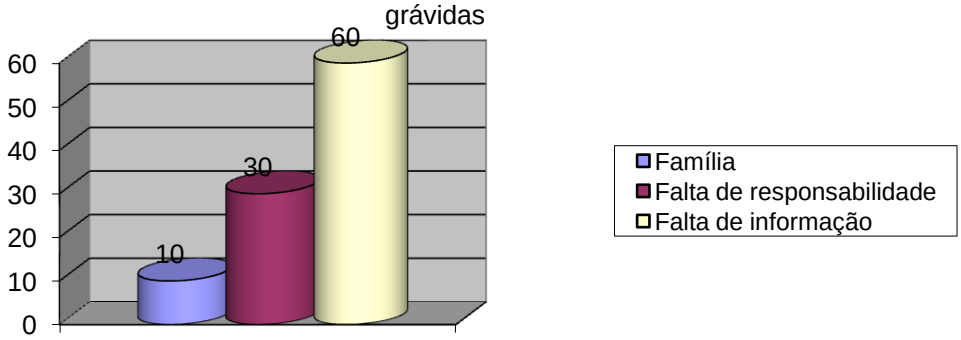
Ainda citando Dadoorian (2003), ao se privilegiar a fala das adolescentes sobre o seu estado, percebe-se que essa gravidez é desejada por elas, desempenhando, assim, um determinado papel na sua vida psíquica e social, daí a importância de realizar um estudo mais sistemático dos aspectos psicossociais aí presentes. A constatação do estado de grande desamparo e desorientação em que se encontram as jovens e suas famílias frente a essa nova situação, que provoca muitas mudanças e questionamentos em toda a família, deve ser um motivo para que os profissionais de saúde possam intervir para amenizar tal situação.

Gráfico 04: Porcentagem de adolescentes entrevistadas e a reação diante da gravidez



Ao estabelecerem sua opinião sobre as razões para o alto índice de adolescentes grávidas no Distrito de Cristal do Norte – Pedro Canário - ES, vários motivos foram citados; 01 dentre as entrevistadas citou a família como motivo, já que para ela, o relacionamento familiar interfere na busca por outros laços familiares por parte da adolescente; 03 afirmaram tal ocorrência devido à falta de responsabilidade das adolescentes diante de tanta informação; 06 delas afirmaram haver ainda falta de informação, necessitando de um melhor trabalho de conscientização junto às adolescentes do local.

Gráfico 05: Porcentagem de adolescentes entrevistadas e a opinião das mesmas quanto aos motivos para o alto índice de adolescentes grávidas



Para que tal situação seja revertida, ocorre a necessidade, por exemplo, de uma maior atuação dos pais dando um maior incentivo aos seus filhos em relação aos seus planos para o futuro. Para o adolescente conseguir desenhar com mais clareza seu projeto de vida, ele irá precisar do suporte não somente da família, como também da sociedade e da escola. A família pode fazer sua parte abrindo espaços para o diálogo, mostrando interesse sobre seus questionamentos, suas dúvidas e principalmente apoiando suas escolhas. Os pais que não transferem seus sonhos de realização pessoal para os filhos, podem desenvolver uma comunicação eficaz no acolhimento e na autonomia deles. É em momentos como esse, do diálogo em família, que o jovem pode explicitar seus sonhos, e os pais, ajudá-lo a perceber as oportunidades para sua realização (INSTITUTO KAPLAN, 2007).

O papel da sociedade é oferecer aos jovens espaços onde eles possam entrar em contato com as diversidades profissionais.

Para reforçar essas duas bases – família e sociedade -, junta-se a escola. É nesse espaço que o adolescente passa boa parte de sua vida, onde convive com seus amigos e tem no professor

um modelo, com o qual aprende ou reforça valores, além, é claro, de toda a bagagem curricular e do conhecimento científico que lhe dará estruturas para a escolha profissional (INSTITUTO KAPLAN, 2007).

A união desses três pilares – família, sociedade e escola – forma um eixo de motivação e aprendizado para o planejamento do projeto de vida e uma maior confiança em relação ao futuro jovem.

8 CONCLUSÃO

A constatação da grande incidência de gravidez ocorrida em adolescentes, principalmente as de classes populares foram os motivos para a investigação dos fatores que levaram essa classe a uma gravidez precoce e muitas vezes, sem o devido preparo.

Pode-se afirmar, após a realização dessa pesquisa, que as causas da gravidez na adolescência não se referem exclusivamente à desinformação sexual, mas ao desejo de ter um filho para constituir uma nova família, talvez por conflitos que já ocorram na atual família em que ela ocupa espaço. Tal causa refere-se à vivência de situações de carência afetiva e relacional com a família provocando o desejo na adolescente de ter um filho, em que este aparece como o objeto privilegiado capaz de reparar essa carência.

Dessa forma, a questão a ser trabalhada não é somente a falta de informação dessas jovens quanto aos métodos contraceptivos, mas a falta de formação em relação ao seu papel, em relação ao seu futuro na sociedade. Fornecer o conhecimento sobre as questões referentes à fisiologia sexual e às práticas contraceptivas é um dos caminhos a serem seguidos. No entanto, o trabalho a ser realizado deve se abrir e ir de encontro à complexidade do universo psicossocial das adolescentes, particularizando a significação da gravidez nesse segmento social.

Portanto, é interessante ressaltar que as propostas de intervenção em todos os aspectos com essas adolescentes devem igualmente priorizar o significado dessa gravidez e suas implicações subjetivas e culturais, para que sejam obtidos resultados mais eficazes, o que proporcionaria uma diminuição do número de adolescentes grávidas sem o devido preparo.

9 REFERÊNCIAS

BRANDAO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 7, Jul. 2006. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 out. 2009.

CARDOSO, E. B.; DURAND, V. Gravidez na Adolescência . In: GICO, V.; SPINELLI, A; VICENTE, P. **As Ciências Sociais: Desafios do Milênio**. Natal: EDUFRN, 2001. p. 649-667.

DADOORIAN, Diana. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicol. cienc. prof.** [online]. mar. 2003, vol.23, n.1, p.84-91. Disponível em <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. Acesso em 09/10/2009.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SZWARCWALD Célia Landmann, LEAL, Maria do Carmo. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e

resultados perinatais entre puérperas de baixa renda . **Cad. Saúde Pública,** v.18 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2002.

HEILBORN, Maria Luiza. **"Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social"** In VIEIRA, Elisabeth M., FERNANDES, Maria Eugenia L., BAILEY, Patrícia e McKAY, Arlene. (orgs.). Seminário Gravidez na Adolescência, Saúde do Adolescente - Ministério da Saúde, Projeto de Estudos da Mulher/Family Health International, Associação Saúde da Família. Rio de Janeiro, 1998, p. 23-32.

INSTITUTO KAPLAN. **Projeto Vale Sonhar**. São Paulo: Trilha Educacional, 2007.

KASSAR, Samir B.; LIMA, Marilia de C.; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima M.;BARBIERI, Marco Antônio; GURGEL, Ricardo Q . Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. Rev. **Bras. Saúde Mater. Infant**., v.6 n.4 Recife 2006 p.4-5.

MATHEUS, Tiago Corbisier. O discurso adolescente numa sociedade na virada do século. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2003.

MEDEIROS, M; FERRIANI, M G C; MUNARI, D.B.; GOMES, R. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 35-41, 2001.

OLIVEIRA, N R. Gravidez e Maternidade de adolescentes de periferias sociais e urbanas: reflexões à luz da Psicologia Ambiental. **Relatório de Pesquisa (pós doutorado)** Departamento Materno infantil, Faculdade de Saúde Pública, USP, 2002.

OLIVEIRA, N R Perfis de grávidas e mães adolescentes: estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade. São Paulo: **Tese de doutorado**.Instituto de Psicologia USP, 1999

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/gestantes.html. Acesso em 29 Jul 2004.

SIMÕES, Vanda Maria Ferreira et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, Out. 2003.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA UNIVERSO DA ENFERMAGEM

Apresentação

A revista Universo da Enfermagem publica trabalhos técnicos culturais, científicos e/ou acadêmicos, nas áreas ligadas aos cursos oferecidos de graduação, desde que atenda aos objetivos da Instituição. Admite-se, de preferência, autor pertencente à Faculdade, sem limitar, contudo, as contribuições e intercâmbios externos, julgados pelo Conselho Editorial, de valor para a Revista e, sobretudo, para a sociedade brasileira.

Normas de Publicação

Os originais entregues para publicação deverão ser assinados pelo autor e seguir as seguintes normas:

1 Texto

1.1 Os trabalhos devem ser inéditos e submetidos ao Conselho Editorial, para a avaliação e revista de pelo menos, dois de seus membros, cabendo-lhe o direito de publicá-lo ou não;

1.2 O texto deve ser apresentado em formato A4 (210x297mm);

1.3 Os trabalhos e artigos não devem ultrapassar o total de vinte laudas, em espaçamento normal; resumos de dissertação e monografia, duas laudas e resenhas e/ou relatos, não devem ultrapassar quatro laudas;

1.4 O texto deve ser entregue em CD e impresso, sendo composto no editor de texto Word for Windows, com fonte Time New Roman 12;

1.5 O trabalho deve apresentar obrigatoriamente:
 Título;
 Nome(s) do(s) autor(es)
 Breve currículo do(s) autor(es), enfocando as atividades mais condizentes com o tema trabalhado;
 Resumo;
 Abstract;
 Introdução;
 Corpo do trabalho;
 Resultado e/ou conclusões;
 Referências bibliográficas.

2 Referências Bibliográficas

As referências bibliográficas deverão ser listadas imediatamente após texto, em ordem alfabética, obedecendo Normas Técnicas.

3 Citações

Qualquer citação no texto deverá ter obrigatoriamente identificação completa da fonte, acrescida da (s) página (s) de onde foi retirada a citação.

Pede-se aos autores

 Seguir rigorosamente o Manual de Normas Técnicas da UNIVEN, que se encontra à disposição de todos na Biblioteca e na intranet do site da Instituição;

 Linguagem condizente como produção científica, evitando abreviações, jargões e neologismos desnecessários;

 Objetividade quanto à construção do título do artigo;

 Apresentação do significado de cada sigla que consta no texto na primeira vez em que ocorre.

Considerações Finais

Os artigos são de inteira responsabilidade de seus autores e o Conselho de Editoração não se responsabilizará pelas opiniões expressadas nos artigos assinados